

BIBLIOGRAFIE

HONORERINGSSYSTEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

(SOMMER)

Samenstelling: F. Wieman

juni 1988

De bibliografie "Honoreringssystemen in de gezondheidszorg" is een publikatie die deel uitmaakt van een serie van uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030-319946

Openingsstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-17.00 uur.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wieman, F.

Honoreringssystemen in de gezondheidszorg / samenstelling: F. Wieman.
- Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL. - (Bibliografie / Bibliografie en Documentatie NIVEL ; nr. 19)

Met reg.

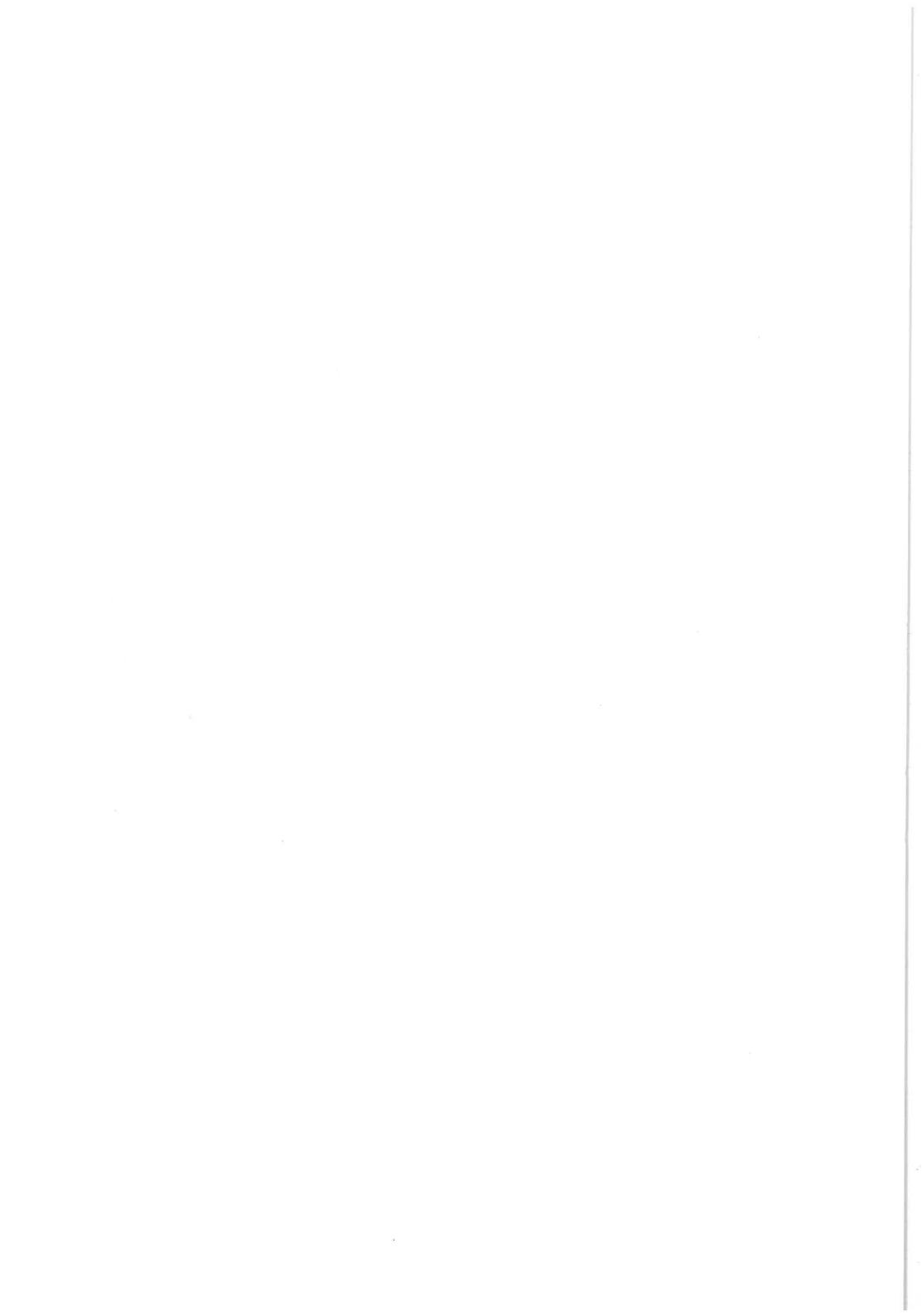
ISBN 90-6905-070-6

SISO 601.5 UDC [331.2:613/614](01)

Trefw.: honoreringssystemen ; gezondheidszorg ; bibliografieën.

Inhoud

Inleiding	v
Verantwoording	x
Indeling van de bibliografie	xii
Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie	xiii
1. ALGEMEEN	1
2. NEDERLAND	9
3. VERENIGDE STATEN	29
3.1 Honorering per verrichting	29
3.2 Medicare: alternatieve systemen	42
3.3 Verstrekkingssystemen en honorering	59
3.4 Verspreide onderwerpen	68
4. OVERIGE LANDEN	79
Auteursregister	97
Trefwoordenregister	103
Verklaring van bibliotheekcodes	109
NIVEL-bibliografieënserie	111



Inleiding

Kostenbeheersing is een centraal thema in de discussie die momenteel wordt gevoerd over de organisatiestructuur en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland. In de context van deze discussie worden allerlei wijzigingen voorgesteld in het systeem van de gezondheidszorg die zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde moeten leiden tot doelmatig en kostensparend gedrag.

Voor zover het gaat om de vraagzijde, hebben dergelijke wijzigingen in de eerste plaats betrekking op het stelsel van ziektekostenverzekeringen en eigen betalingen. De opzet van verzekeringen en ziekenfondsen en de omvang van patiëntenbijdragen heeft, naar men aanneemt, een niet te onderschatten invloed op het gedrag van patiënten. Medische consumptie en kosten zonder duidelijke noodzaak kunnen volgens deze redenering tot een minimum gereduceerd worden door maatregelen die gericht zijn op de vraagzijde.

Daarnaast is de aanbodzijde evenzeer onderwerp van discussie. Het beleid dat de laatste jaren is gevoerd met het oog op het beheersen van de kosten, is redelijk geslaagd te noemen. Het is echter vooral de budgettering van intramurale voorzieningen die heeft bijgedragen aan deze successen. De honorering van artsen heeft bij de beperking van de kostenstijgingen die tot dusverre is bewerkstelligd, slechts een marginale rol gespeeld.

Het belang van de honorering in de discussie over kostenbeheersing is niet alleen dat artsen geld kosten omdat ze betaald moeten worden. Ook telt mee dat de wijze waarop en de mate waarin financiële middelen in de medische sector worden besteed, voor een belangrijk deel wordt bepaald door artsen. Artsen nemen in hun hoedanigheid van belangenbehartiger van de patiënt beslissingen over de aard en de omvang van medische verrichtingen ten behoeve van de patiënt. Door specifieke prikkels in te bouwen in de wijze van honorering kan systematisch gestreefd worden naar sturing van dergelijke beslissingen van artsen.

In het rapport **Bereidheid tot verandering** van de commissie-Dekker wordt gewezen op de noodzaak van een krachtig substitutiebeleid om een oplossing te vinden voor problemen van zowel zorginhoudelijke als financiële aard die zich voordoen in de Nederlandse gezondheidszorg. Zo veel mogelijk moeten activiteiten worden overgeheveld van de relatief dure tweede lijn naar de relatief goedkope eerste lijn. Een be-

langrijk instrument om een dergelijke substitutie tot stand te brengen, is volgens de commissie een doeltreffende honorering van zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Zo wordt het abonnementsstelsel dat wordt toegepast bij de vergoeding van huisartsenhulp aan ziekenfondspatiënten, gezien als belangrijke oorzaak van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. De commissie-Dekker stelt dan ook voor het abonnementskarakter in het huidige honoreringssysteem te wijzigen in een gemengde verrichtingen- en abonnementshonorering.

In een eerder stadium richtte de discussie over de honorering van huisartsen in Nederland zich op de mogelijkheid van een gedifferentieerd abonnementsstelsel (gedifferentieerd naar de werklast die groepen patiënten met zich meebrengen), aangevuld met een wijziging van de praktijkkostenvergoeding. Dat zou niet langer een vaste vergoeding moeten zijn, maar een gedeeltelijke vergoeding van een aantal specifieke kostenposten. Momenteel wordt echter vooral sterk gelet op de negatieve kanten van het abonnementssysteem en de positieve kanten van een (gedeeltelijke) verrichtingenhonorering.

In het algemeen kan gesteld worden dat de honorering van afzonderlijke beroepsgroepen niet eens zo interessant is als discussie- of onderzoeksobject. Het gaat vaak juist om combinaties, zoals de honorering van huisartsen en specialisten, of de honorering van artsen en de wijze van betaling door patiënten.

Deze bibliografie sluit aan bij de actuele discussie door een overzicht te bieden van recente literatuur over honoreringssystemen in de gezondheidszorg. Daarbij komt niet alleen de honorering in Nederland aan de orde, ook voor honoreringssystemen over de grens is volop ruimte gereserveerd. De bibliografie stelt zich ten doel de gebruiker ingangen te verschaffen in de grote hoeveelheid beschouwende literatuur en onderzoek met betrekking tot honoreringssystemen in binnen- en buitenland, effecten van honoreringssystemen binnen gezondheidszorgssystemen, en het beleid dat in verschillende landen wordt gevoerd ten aanzien van de honorering van medische beroepsgroepen.

William Glaser's boek **Paying the doctor**, verschenen in 1970, is het historische vertrekpunt van deze bibliografie. Glaser beschrijft de honoreringssystemen voor artsen die in de Westerse wereld voorkomen, hun totstandkoming en ontwikkeling in de tijd en hun effecten op het functioneren van artsen en de gezondheidszorg als geheel. Een uitvoerige samenvatting van dit boek is in de bibliografie opgenomen (zie no. 7). Op deze plaats kunnen we volstaan met een opsomming van de honoreringssystemen die door Glaser worden onderscheiden:

- honorering per verrichting volgens het naturastelsel (niet de patiënt, maar de verzekering betaalt rechtstreeks aan de dokter);
- honorering per verrichting volgens het restitutiestelsel (niet de verzekering, maar de patiënt betaalt rechtstreeks aan de dokter);
- honorering per ziektegeval;
- abonnementsstelsel;
- salarisstelsel.

De bibliografie beoogt verder een representatief overzicht te geven van het onderzoek dat na het verschijnen van Glaser's boek is verricht naar de werking en de effecten van honoreringssystemen die in verschillende landen worden toegepast. Hierboven is al opgemerkt dat dergelijk onderzoek veelal ook let op andere, nauw met de honorering samenhangende, systeemkenmerken binnen het complexe geheel van de financiering van gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld de manier waarop patiënten voor medische hulp betalen.

Het onderzoek dat in de bibliografie aan de orde komt, richt zich op allerlei aspecten van het functioneren van gezondheidszorgsystemen die mogelijkerwijs beïnvloed worden door prikkels die van de honorering uitgaan. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan over kosten, inkomens van artsen, de mate waarin vraag naar medische hulp door artsen zelf wordt opgeroepen, samenwerking, verwijsgedrag, medische consumptie (in verschillende echelons, voor zover die in het gezondheidszorgstelsel onderscheiden worden), toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit van de zorg, etcetera.

Het zou in het kader van deze bibliografie te ver voeren om een uitvoerig en grondig overzicht te geven van de resultaten van de studies die zijn opgenomen, of van de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden. Wel is gepoogd door het opnemen van een uitgebreid trefwoordenregister de gebruiker in de gelegenheid te stellen om snel een aantal relevante studies over specifieke terreinen waarop honoreringssystemen hun sporen nalaten, bij elkaar te krijgen.

Toelichting op honoreringssystemen in de VS

Een aanzienlijk deel van de bibliografie wordt in beslag genomen door literatuur over honoreringssystemen in de Amerikaanse gezondheidszorg. Enkele belangrijke begrippen die in deze systemen een rol spelen, behoeven voor niet-ingewijden enige toelichting.

In de Verenigde Staten worden de meeste artsen per verrichting betaald. Dat geldt niet alleen voor de particuliere sector, ook het

sociale ziektekostenverzekeringsprogramma Medicare past nog altijd een verrichtingenstelsel toe. Echter, de financiering van ziekenhuizen is inmiddels op prospectieve leest geschoeid, en ook voor de honorering van artsen wordt druk gestudeerd op alternatieven.

Het huidige UCR-fee-screen-systeem is berucht om zijn kostenverhogende effecten. De afkorting "UCR" staat voor "usual, customary and reasonable fees". Een tweetal tariefroosters ("fee screens") zijn van belang voor het berekenen van de hoogte van de honoraria voor medische verrichtingen. Volgens het UCR-systeem komt het honorarium voor een verrichting neer op de laagste van de volgende drie waarden:

- het feitelijk door de arts in rekening gebrachte tarief;
- het gemiddelde tarief dat de arts in het laatste jaar voor die verrichting declareerde (het gebruikelijke, "usual", tarief);
- een percentage van de verdeling van de gemiddelde tarieven die alle artsen in een bepaalde regio gedurende het laatste jaar in rekening brachten (het gangbare, "customary", tarief).

In speciale gevallen kan besloten worden een redelijk, "reasonable", honorarium uit te keren dat hoger is dan het honorarium volgens de tariefroosters.

De UCR-fee-screen-methode wordt niet alleen door Medicare toegepast, maar ook door Medicaid-programma's in een aantal Amerikaanse staten en door meerdere Blue Shield-fondsen. Dit systeem brengt met zich mee dat het vanuit financieel oogpunt voor artsen interessant is betrekkelijk hoge honoraria te declareren. Immers, de huidige tarieven zijn medebepalend voor de honoraria waar zij in de toekomst op kunnen rekenen.

Een wijd verspreid en beduidend eenvoudiger alternatief voor de fee-screen-methode is het toepassen van tarieflijsten ("fee schedules") waarin de maximale honoraria voor specifieke verrichtingen zijn vastgelegd. Dergelijke tarieflijsten zijn vaak gebaseerd op relatieve waardeschalen ("relative value scales") waarin de waarde van medische verrichtingen en procedures wordt afgezet tegen die van een standaardprocedure. Er zijn verschillende methoden voor het construeren van een relatieve waardeschaal die in de literatuur uitgebreid aan de orde komen. Volgens een bepaalde conversiefactor wordt de waarde van verrichtingen vervolgens omgezet in een geldwaarde. De fee-schedule-methode voor het vaststellen van honoraria wordt toegepast door verschillende Medicaid-programma's en door de meeste particuliere verzekeraars.

Hoewel honorering per verrichting in de VS door velen wordt gezien als de beste waarborg voor kwaliteit in de zorgverlening en voor

professionele autonomie van artsen, ziet men zich door de omstandigheden gedwongen verschillende alternatieven voor de verrichtingshonorering serieus in overweging te nemen. Met name de begrotingsproblemen van de Amerikaanse regering en de hoogte van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg dragen hiertoe bij. Al dan niet in opdracht van de Amerikaanse regering doen gezondheidseconomen onderzoek naar mogelijke effecten van alternatieve systemen, variërend van weinig ingrijpende aanpassingen van het bestaande stelsel tot een volledig "prospectieve" honorering.

Bij prospectieve honorering gaat de belangstelling voornamelijk uit naar het abonnementsstelsel en het systeem van "diagnosis-related groups" (DRG's). Beiden zijn niet nieuw in de Amerikaanse gezondheidszorg. Het abonnementsstelsel wordt al toegepast met betrekking tot Medicare-patiënten die zijn ingeschreven in "health maintenance organizations", het DRG-systeem is enige jaren geleden ingevoerd voor de financiering van intramurale voorzieningen. Het abonnementsstelsel houdt in dat HMO's (maar dat kan net zo goed een andere instantie of een arts zijn) een vast bedrag per patiënt voor een afgesproken periode opstrijken. Het DRG-systeem is een vorm van betaling per ziektegeval waarbij ziekenhuizen (of artsen, wanneer het systeem in de honorering wordt toegepast) een vooraf vastgestelde vergoeding ontvangen die afhankelijk is van de gestelde diagnose, en van de "diagnosis-related group" waaronder die diagnose ressorteert. Onderzoek naar mogelijke effecten van deze en andere honoreringssystemen wordt in de bibliografie gerangschikt en uitvoerig gerefereerd.

Verantwoording

In deze paragraaf volgen enkele opmerkingen over de selectiecriteria die in deze bibliografie zijn aangehouden, de bibliografische methoden die zijn toegepast om literatuur op te sporen, en de wijze waarop de referaten bij de opgenomen titels tot stand zijn gekomen.

Allereerst is bij de selectie van literatuur gelet op inhoudelijke kenmerken. Een plaats in deze bibliografie was voorbehouden aan publikaties die in hoofdzaak gewijd zijn aan de systematiek die ten grondslag ligt aan de honorering van artsen. Dit houdt in dat bijvoorbeeld publikaties over globale financieringsaangelegenheden en publikaties die uitsluitend gaan over inkomens in de medische sector, grotendeels buiten de selectie zijn gevallen.

Een tweede criterium was dat hoofdzakelijk serieuze onderzoeksverslagen voor de bibliografie geselecteerd zouden worden. Deze voorwaarde is echter vrij soepel uitgelegd, al was het alleen maar omdat publikaties van beschrijvende dan wel beschouwende aard met name voor niet-ingewijden een handige inleiding in de materie van honoreringssystemen kunnen bieden.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat publikaties die zijn verschenen voor 1970, het jaar waarin **Paying the doctor** uitkwam, niet in de bibliografie voorkomen. Om te voorkomen dat de bibliografie al te omvangrijk zou worden zijn publikaties uit het tijdvak 1970-1980 slechts mondjesmaat opgenomen.

Om binnen de genoemde afbakening literatuur op het spoor te komen is in eerste instantie een beroep gedaan op verschillende bibliografische hulpmiddelen: literatuursearches bij een aantal instellingen, de laatste jaargangen van de Cumulated Index Medicus en de Excerpta Medica (Sectie 36), en de catalogi in de NIVEL-bibliotheek. Voorts is ook gebruik gemaakt van de literatuuropgaven bij belangrijke publikaties. Tenslotte is het nodige spuurwerk verricht in recente jaargangen van relevante tijdschriften.

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn opgesteld volgens de richtlijnen die binnen het NIVEL worden gehanteerd. De referaten zijn op verschillende manieren tot stand gekomen. Bij sommige Nederlandse artikelen zijn de referaten een regelrechte kopie van de samenvatting die bij de oorspronkelijke publikatie wordt gegeven; dit wordt aange-

geven door de afkorting "aut.ref." (van "autoreferaat") aan het eind van het referaat. Veel referaten in deze bibliografie zijn vertalingen van autoreferaten; deze gaan vergezeld van de aanduiding "vert. aut.ref." De vertalingen van autoreferaten en de referaten zonder verdere aanduiding zijn geschreven door de samensteller van de bibliografie.

Indeling van de bibliografie

In deze bibliografie is gekozen voor een indeling die is gebaseerd op de landen (en de bijbehorende gezondheidszorgsystemen) waarop de hier bijeengebrachte publikaties betrekking hebben. Nederland en de Verenigde Staten hebben ieder een eigen hoofdstuk toebedeeld gekregen, terwijl in het laatste hoofdstuk de literatuur over andere landen bij elkaar is gezet. De bibliografie opent echter met een algemeen hoofdstuk waarin publikaties zijn ondergebracht die een meer globale benadering van honoreringssystemen en gezondheidszorgsystemen aan de dag leggen. In dit hoofdstuk is bijvoorbeeld plaats gemaakt voor overzichtsstudies en voor internationaal vergelijkende studies.

In hoofdstuk 2 zijn publikaties te vinden die betrekking hebben op de discussie in Nederland over de honorering van huisartsen en specialisten, en zaken die daarmee samenhangen, zoals het verzekeringsstelsel, het vestigingsbeleid en het vraagstuk van de praktijkgrootte.

De bibliografie wordt in hoofdstuk 3 voortgezet met een omvangrijke hoeveelheid Amerikaanse literatuur. Vanwege de omvang van dit hoofdstuk is hier een onderverdeling in paragrafen aangebracht. In de eerste paragraaf is onderzoek te vinden naar effecten van het stelsel van honorering per verrichting dat toonaangevend is in de Amerikaanse gezondheidszorg. Paragraaf 2 beschrijft recent onderzoek naar mogelijke alternatieven voor het verrichtingensysteem. Dit onderzoek is vooral gericht op het Medicare-programma van de federale overheid dat te kampen heeft met ernstige budgettaire problemen. In paragraaf 3 zijn publikaties bij elkaar gezet die ingaan op vraagstukken met betrekking tot de honorering binnen verschillende verstrekkingssystemen ("delivery systems") die de Amerikaanse gezondheidszorg rijk is. Verstrekkingssystemen worden onderscheiden naar de wijze waarop patiënten betalen voor gezondheidszorg - achteraf per verrichting of vooraf per abonnement (het HMO-concept). Paragraaf 4 bevat publikaties over allerlei onderwerpen die wel samenhangen met de honorering in de Amerikaanse gezondheidszorg, maar die niet gemakkelijk in eerdere paragrafen zijn onder te brengen. Daarbij komen zaken als de honorering van verpleegkundigen en ethische aspecten met betrekking tot verschillende honoreringssystemen aan de orde.

De bibliografie besluit met een hoofdstuk dat gewijd is aan onderzoek dat is verricht in andere landen, te weten Australië, België, Brazilië, Canada, Denemarken, Finland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Italië, Oostenrijk, de Sovjet-Unie, West-Duitsland en Zweden.

Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie

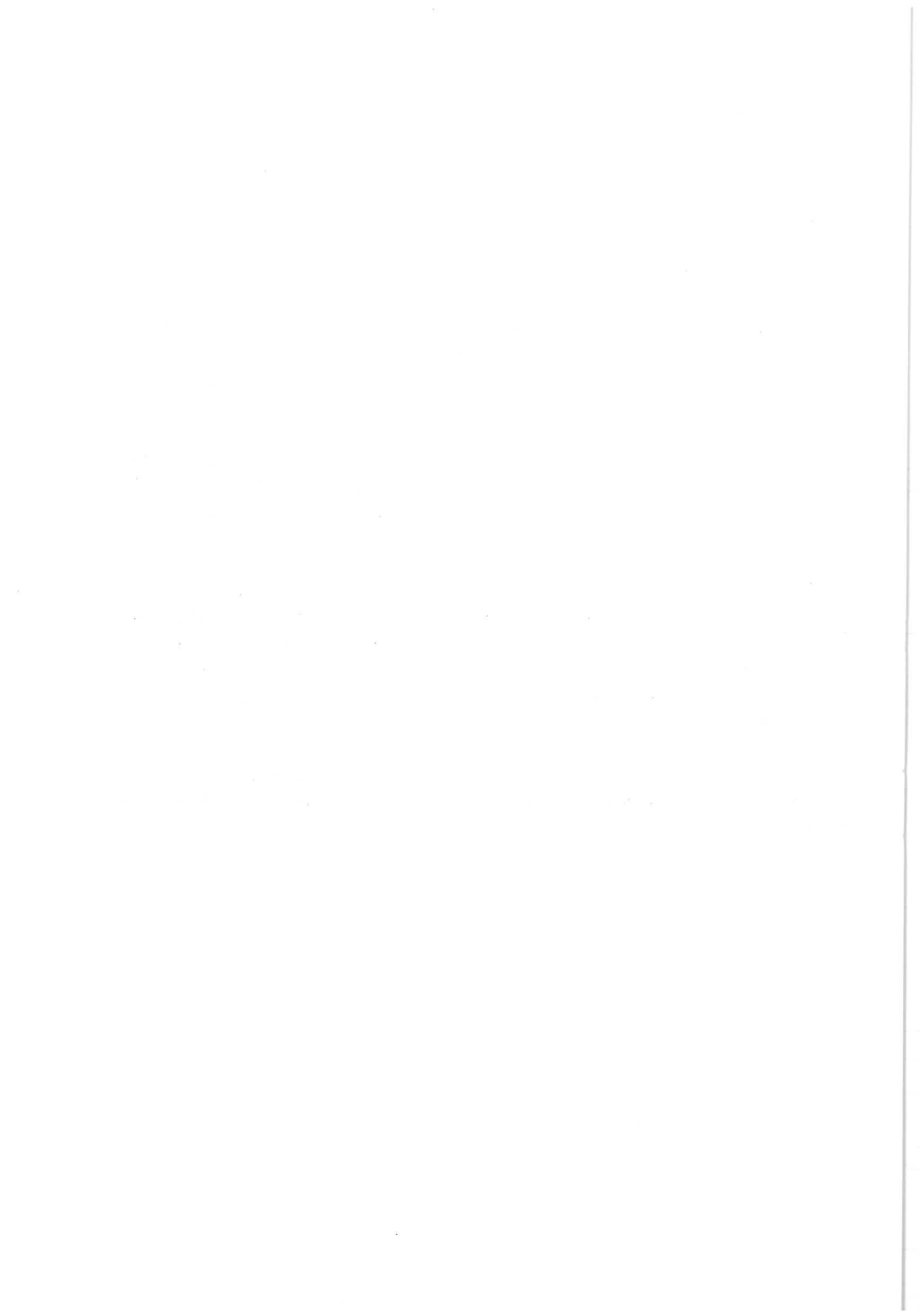
De publikaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk dan wel per paragraaf geordend op de naam van de eerste auteur. Wanneer in een hoofdstuk meer publikaties van één auteur zijn opgenomen, zijn deze publikaties chronologisch gerangschikt. Alle titels in de bibliografie zijn doorlopend genummerd.

Om het zoeken op auteur en op onderwerp voor de gebruiker eenvoudiger te maken zijn achterin de bibliografie een auteursregister en een trefwoordenregister opgenomen. In deze registers wordt verwezen naar de volgnummers van de afzonderlijke publikaties.

In de titelbeschrijvingen is een vermelding opgenomen van het aantal referenties dat in de beschreven publikatie wordt gegeven. De gebruiker kan daaruit afleiden hoe nuttig die publikatie is wanneer hij op zoek wil naar meer literatuur.

De titelbeschrijvingen in de bibliografie worden steeds gevolgd door een aanduiding van bibliotheken waar de betreffende publikatie ter inzage of te leen is. Bij deze opgave is niet gestreefd naar volledigheid. Achter in de bibliografie is een overzicht te vinden van de gebruikte aanduidingen waarbij de bedoelde bibliotheken zijn vermeld met bezoekadres, postadres en telefoonnummer.

Bij boeken, rapporten en kopie-artikelen uit de NIVEL-collectie die een plaats hebben gekregen in de bibliografie, is tevens het plaatsnummer genoemd waaronder de publikatie in de NIVEL-bibliotheek is terug te vinden.



1. ALGEMEEN

1

ABEL-SMITH, B.

Tradesman or priest: the payment of the doctor.

In: Value for money in health services: a comparative study.

London: Heinemann, 1976. p. 58-76.

nzi

In dit hoofdstuk worden de economische prikkels onderzocht waaraan artsen worden blootgesteld onder verschillende honoreringssystemen. Op het eerste gezicht lijkt het systeem van honorering per verrichting een zo eerlijk mogelijke beloning voor geleverde prestaties en een optimale voorwaarde voor een onafhankelijke medische beroepsgroep op te leveren. Honorering per verrichting schept echter ook prikkels voor overdreven medische tussenkomst en onnodige verrichtingen. Het stimuleert concurrentie ten koste van samenwerking met ander gezondheidspersoneel. De alternatieven, abonnementshonorarium en salaris, kunnen net zo goed leiden tot misstanden wanneer ze worden opgelegd aan artsen met een commerciële instelling en artsen die mogelijkheden hebben om een particuliere praktijk te voeren.

2

ABEL-SMITH, B. (red).

Eurocare: European healthcare analysis - Germany, France, Netherlands, Switzerland, United Kingdom.

Basel: Health Service Consultants, s.a. 310 p., lit.opgn., tabn. niveau

Dit boek bevat een uitvoerige analyse van een aantal variabelen die betrekking hebben op de gezondheidszorgsystemen van West-Duitsland, Frankrijk, Nederland, Zwitserland en Groot-Brittannië. Na een algemene inleiding over de systemen van gezondheidszorg in deze landen wordt de aandacht gericht op het gevoerde kostenbeheersingsbeleid, financiering, mankracht, de ziekenhuissector, de farmaceutische sector en de toestand met betrekking tot de volksgezondheid in de genoemde landen. In het vijfde hoofdstuk (over mankracht) komt de honorering van de medische beroepsgroepen aan

bod. De vijf Europese landen die onderwerp zijn van deze studie, blijken er sterk uiteenlopende honoreringssystemen op na te houden, variërend van betaling per abonnement tot betaling per verrichting (waarbij ook mengvormen van beide systemen bestaan, zoals in Nederland en Groot-Brittannië) en afhankelijk van de vraag of het gaat om huisartsen of om specialisten.

3

GLASER, W.A.

Paying the doctor: systems of remuneration and their effects.

Baltimore, etc.: Johns Hopkins Press, 1970. 323 p., app., indn., tabn.

nivel (b1579)

Dit boek geeft een analyse van de belangrijkste methoden voor het betalen van artsen in verschillende landen. Beschreven worden de administratieve mechanismen die ten grondslag liggen aan de honorering van artsen. Het boek geeft een samenvatting van de wijze waarop de verschillende honoreringssystemen tot stand zijn gekomen. Ook wordt nagegaan hoe de honoraria of salarissen van de medische beroepsgroep worden vastgesteld. De belangrijkste doelstelling van het boek is het bijeenbrengen van materiaal over de effecten van afzonderlijke honoreringssystemen op de gezondheidszorg en op de werkwijze van de medische beroepsgroep. Om te beginnen worden in hoofdstuk 2 de voorlopers van de hedendaagse georganiseerde gezondheidszorgsystemen beschreven; voorkomende varianten zijn: artsen in een vrij beroep, artsen in een contractuele relatie met een ziekenfonds (of een soortgelijke organisatie), en artsen in overheidsdienst.

De volgende tabel geeft een overzicht van de basisstructuur van de gezondheidszorg en van het dominerende honoreringssysteem voor specialisten en voor huisartsen in de zestien landen die in dit boek worden beschreven.

	<u>stelsel</u>	<u>honorering specialisten</u>		<u>honorering huisartsen</u>	
		<u>eenheid</u>	<u>methode</u>	<u>eenheid</u>	<u>methode</u>
Cyprus	nat.zorg	salaris	direct	salaris	direct
Egypte	nat.zorg	salaris	direct	salaris	direct
Frankrijk	nat.verz.	h.p.v.	restit.	h.p.v.	restit.
W-Duitsland	nat.verz.	h.p.v.	direct	h.p.v.	direct
G-Brittannië	nat.zorg	salaris	direct	abonn.	direct
Griekenland	nat.verz.	salaris	direct	salaris	direct
Israël	nat.verz.	salaris	direct	salaris	direct
Italië	nat.verz.	salaris	direct	abonn., h.p.v.	direct
Libanon	geen	h.p.v.		h.p.v.	
Nederland	nat.verz.	salaris, h.p.v., case	direct	abonn.	direct
Polen	nat.zorg	salaris	direct	salaris	direct
Sovjet-Unie	nat.zorg	salaris	direct	salaris	direct
Spanje	nat.verz.	abonn.	direct	abonn.	direct
Turkije	nat.verz.	salaris	direct	salaris	direct
Zweden	nat.verz.	salaris, h.p.v.	restit.	h.p.v.	restit.
Zwitserland	nat.verz.	h.p.v.	direct, restit.	h.p.v.	direct, restit.

In de tabel worden twee hoofdtypen gezondheidszorgsystemen onderscheiden: nationale ziektekostenverzekering (hoofdzakelijk gefinancierd uit verplichte premies die worden geïnd door instellingen zoals ziekenfondsen), en nationale gezondheidszorg (gefinancierd uit belastingopbrengsten). De eenheid van betaling is honorering-per-verrichting, salaris, abonnement of betaling per ziektegeval ("case-payment"). De methode van betaling is ofwel directe betaling aan de arts door ziekenfondsen of de overheid (het naturastelsel), ofwel schadeloosstelling achteraf van de patiënt die in eerste instantie zelf het tarief van de arts betaalt (het restitutiestelsel).

In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de verschijningsvormen van de verschillende beloningssystemen en de toepassingen daarvan zoals die in de beschreven landen voorkomen.

Honorering per verrichting is betaling voor afzonderlijke medische procedures. Er zijn in de praktijk twee betalingsvormen: de arts wordt rechtstreeks betaald door een derde partij (bijvoorbeeld het ziekenfonds of de gezondheidsdienst), of de arts wordt betaald door de patiënt die vervolgens geld terugkrijgt van de verzekeraar. In het eerste geval spreekt men van "service benefits" of "direct payment" (naturastelsel), in het tweede geval van "cash benefits" of "reimbursement" (restitutiestelsel).

Het **abonnementsstelsel** komt neer op periodieke betaling van een vast bedrag voor iedere persoon die aan de zorg van een bepaalde arts is toevertrouwd. De arts krijgt het abonnementshonorarium ongeacht het aantal daadwerkelijke contacten en verrichtingen.

In het **salarisstelsel** krijgt de arts een vast bedrag dat afhankelijk is van de salarisschaal waarin hij is ingedeeld, en van de omvang van zijn werktijd. Soms kan de arts naast zijn salaris extra honorarium van de derde partij vergaren.

Het systeem van **case payments** belooft de arts met een vast bedrag voor het verstrekken van alle noodzakelijke zorg aan een bepaalde patiënt. Het verschil met het abonnementsstelsel is dat het daarin niet uitmaakt of de patiënt ziek is of niet. Het verschil met honorering per verrichting is dat betalingen niet per procedure worden uitgesplitst en vervolgens getotaliseerd.

Na een beschrijving van de totstandkoming en ontwikkeling van honoreringssystemen in verschillende landen (hoofdstuk 6) gaat de auteur over tot het analyseren van de effecten van de verschillende systemen, waarbij hij de volgende onderverdeling aanhoudt:

- (hoofdstuk 7:) honorering per verrichting en per ziektegeval volgens het naturastelsel;
- (hoofdstuk 8:) honorering per verrichting volgens het restitutiestelsel;
- (hoofdstuk 9:) honorering door middel van salaris;
- (hoofdstuk 10:) honorering per abonnement.

De analyse kijkt naar een viertal hoofdterreinen:

1. In hoeverre bevat een systeem prikkels voor het doen van onnodige verrichtingen?
2. In hoeverre werkt een systeem een kwalitatief hoogstaande geneeskunde in de hand? Daarbij wordt gelet op het bevorderen van preventieve zorg, huisbezoeken, continuïteit.
3. Hoe is onder de verschillende systemen de taakverdeling tussen specialismen, en tussen huisartsen en specialisten (samenwerken, verwijzen)?
4. Wat voor gevolgen hebben honoreringssystemen voor de positie van de medische beroepsgroep, in termen van opleiding, spreiding en planning van beroepskrachten, en inkomen?

Hoofdstuk 11 vat de resultaten van het onderzoek samen en gaat nader in op de mogelijkheden tot het totstandbrengen van doelmatige honoreringssystemen.

4

GODT, P.J.

Confrontation, consent, and corporatism: state strategies and the medical profession in France, Great Britain, and West Germany.

Journal of Health Politics, Policy and Law; 12, 1987, no. 3, p. 459-480, 2 fig., 37 lit.opgn.

nzi nivel (c1866)

De economische problemen van de laatste tien jaar hebben Europese welvaartsstaten ertoe gedwongen te zoeken naar meer stringente controle over kostbare sociale programma's zoals de gezondheidszorg. De professionele autonomie van beroepsgroepen in de gezondheidszorg wordt daardoor aan banden gelegd. Echter, verschillende factoren - institutionele structuur, culturele waarden, politieke en economische omstandigheden, relatiepatronen tussen de staat en de beroepsgroepen - leggen beperkingen op aan de beleidsalternatieven die regeringen ter beschikking staan en maken fundamentele hervormingen moeilijk realiseerbaar. Na een analyse van deze factoren en de hervormingen die zijn doorgevoerd in Groot-Brittan-

nië, Frankrijk en West-Duitsland gaat dit artikel in op de strategieën die in deze landen zijn toegepast om tegemoet te komen aan de weerstand van de beroepsorganisaties tegen verandering. (vert.aut.ref.)

5

OECD.

Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries.

Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1987. 101 p., 15 fign., lit.opgn., 43 tabn.

OECD Social Policy Studies No. 4.

nivel (r3305)

De financiering en verstrekking van gezondheidszorg in de OECD-landen is het onderwerp van deze internationaal vergelijkende studie. Bijna alle westerse landen worstelen met het probleem hoe de doelmatigheid van de gezondheidszorg kan worden bevorderd zonder dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid en de kwaliteit. Moeilijkheid bij het formuleren van gezondheidszorgbeleid is vooral dat de output van gezondheidszorgsystemen moeilijk te meten is, en dat er geen algemeen aanvaarde normen voor adequate medische zorg bestaan. De bedoeling van deze studie is een kader te verschaffen voor een beter begrip van de complexe medische, sociale en economische krachten die een rol spelen in gezondheidszorgsystemen.

Voor deze bibliografie is vooral hoofdstuk 3 van de OECD-studie van belang. Daar worden structuurkenmerken van de gezondheidszorgsystemen in de OECD-landen en de daarin ingebouwde prikkels besproken. Aan de orde komen procedures voor de financiering van gezondheidszorg, criteria op grond waarvan de bevolking in aanmerking komt voor (verzekerde) medische hulp, omvang van de verzekerde hulp, methoden en procedures voor de honorering van zorgverleners, en organisatie en ontwikkeling van het verstrekkingssysteem. Aspecten van de honorering en de inkomens van artsen komen ook ter sprake in hoofdstuk 6, dat is gewijd aan de samenstelling van de gezondheidszorguitgaven in de OECD-landen.

Onderscheiden worden drie prototypen van gezondheidszorgsystemen: - het "nationale gezondheidszorg" model (Groot-Brittannië, Italië), gekenmerkt door het verzekerd zijn van de hele bevolking,

- financiering uit belastingopbrengsten, en staats eigendom dan wel staatscontrole over de productiefactoren.
- het "sociale verzekering" model (Frankrijk, West-Duitsland), gekenmerkt door verplichte verzekering in het kader van de sociale zekerheid, financiering door bijdragen van werkgevers en werknemers aan ziekenfondsen, en overheids- dan wel particulier bezit van de productiefactoren.
 - het "particuliere verzekering" model (Verenigde Staten), gekenmerkt door het kopen van een verzekering vanuit de werkgever of op individuele basis, financiering door individuele en/of werkgeversbijdragen, en particulier eigendom van de productiefactoren.

6

OOSTVEEN, P.H.M.

Honoreringssystemen van huisartsen en specialisten: een literatuuronderzoek naar honoreringssystemen en mogelijke effecten.

Tilburg: Instituut voor Gezondheidszorg, 1979. 79 p., 46 lit.opgn.

Doctoraalscriptie.

nivel (b636)

De bedoeling van deze scriptie is in de eerste plaats, uitgaande van de beschikbare literatuur, een overzicht te geven van de verschillende systemen volgens welke artsen gehonoreerd worden. Aangegeven wordt welke prikkels van de verschillende systemen kunnen uitgaan en welke effecten er te verwachten zijn op kwantiteit, kwaliteit en kosten van de zorgverlening, psychosociale en organisatorische factoren, de houding van artsen, verzekerden/patiënten, financiers en overheid. In de tweede plaats wil deze scriptie een bijdrage leveren aan de discussie over kostenbeheersing in de Nederlandse gezondheidszorg. Gepoogd wordt aan te geven welke resultaten men van verschillende honoreringssystemen mag verwachten vanuit het oogpunt van management en met welke neven-effecten men rekening moet houden. De systemen die in beschouwing genomen worden, vallen uiteen in vier categorieën: het verrichtingensysteem, het "case payment"-systeem, het abonnementsysteem en het salarissysteem.

REINHARDT, U.E.

The compensation of physicians: approaches used in foreign countries. Quality Review Bulletin; 11, 1985, no. 12, p. 366-377, 3 fign., 24 lit.opgn., 10 tabn.

wvc nzi nivel (c1861)

Beschreven wordt een onderzoek van de Health Care Financing Administration van het U.S. Department of Health and Human Services naar vergoedingssystemen voor artsen in Canada, Frankrijk, Italië, Groot-Brittannië en West-Duitsland. Systemen worden onderscheiden volgens drie dimensies: de grondslag waarop de vergoeding berust (per verrichting, casus, abonnement, salaris); het proces dat de hoogte van de vergoeding per eenheid bepaalt (overheidsvoorschrift, onderhandelingen, vrije markt); het institutionele kader waardoor geldstromen van patiënten naar artsen vloeien (via een derde partij of rechtstreeks van patiënt naar arts). Ingegaan wordt op de honoreringsniveau's en de inkomens van artsen in de verschillende landen. Ook probeert de auteur te komen tot conclusies over de invloed van systemen op de beroepsuitoefening van artsen.

2. NEDERLAND

8

BODE, W.A., B.J. REITSMA.

Medisch specialist in dienstverband: heiligt het doel de middelen?

Medisch Contact; 42, 1987, no. 3, p. 85-87, 6 lit.opgn.

nivel

In dit artikel wordt uiteengezet welke problemen zich voordoen bij een dienstverband voor specialisten. Deze problemen hebben te maken met de ziekenhuisorganisatie, de praktijkvoering en de arbeidsvoorwaarden van dienstverbanders. Betoogd wordt dat een massale overgang van specialisten naar een dienstverband in een ziekenhuis ter beheersing van de kosten in de gezondheidszorg een tegengesteld effect zou sorteren.

9

BOERMA, W.G.W.

Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken.

Utrecht: NIVEL, 1987. 74 p., 2 bijln., fign., 15 lit.opgn., tabn.

Studies naar samenwerking, no. 11.

nivel (r3216)

Verslag van een onderzoek naar het werkoverleg dat huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken hebben. Het onderzoek werd uitgevoerd in het kader van het project Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden. Gemiddeld wordt in gezondheidscentra 26 uur per maand per huisarts overleg gevoerd; in groepspraktijken is dat 19 uur per maand per huisarts. Een duidelijk verschil komt aan het licht in de hoeveelheid overlegtijd van huisartsen in dienstverbandcentra en collega's in andere centra. De gemiddelde overlegtijd in dienstverbandcentra is duidelijk langer. De verschillen zijn het grootst bij organisatorisch overleg, maar treden ook op bij patiëntenoverleg en functioneringsoverleg.

10

DERKSEN, W.

Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven.

Huisarts en Praktijk; no. 8, p. 65-67, 71 (supplement bij Huisarts en Wetenschap; 27, 1984, no. 10).

nivel

In de jaren 1966 en 1971 zijn door de commissie-Van der Ven en de commissie-Donner de grondslagen gelegd voor het huidige honoreringsstelsel voor huisartsenhulp. In dit artikel worden, na een historische inleiding, de voor- en nadelen besproken van het abonnementsstelsel, het verrichtingsstelsel en een gemengd stelsel. De auteur spreekt zich uit voor één - voor ziekenfonds- en particuliere patiënten geldend - abonnementsstelsel op basis van het bestaande model, maar met mogelijkheden tot differentiëring. Tevens pleit hij voor onderzoek naar de mogelijkheid om tot een dienstverband voor de totale beroepsgroep te komen. (aut.ref.)

11

GERRITSEN, H.J.

Het nieuwe tariefstelsel: één stap vooruit, twee stappen achteruit.

Pharmaceutisch Weekblad; 122, 1987, no. 24/25, p. 469-473, 4 lit. opgn.

nivel

Na een overzicht van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland en het overheidsbeleid terzake gedurende de laatste jaren volgt een commentaar op de bindende tariefaanwijzing voor het afleveren van geneesmiddelen die door de overheid aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg is gegeven. Volgens de auteur heeft deze aanwijzing, volgens welke per 1 juli 1987 een nieuw tariefstelsel van kracht moet worden, zowel positieve als negatieve elementen. Een belangrijk negatief aspect is dat de apotheker door de afschaffing van het abonnementshonorarium in de ziekenfondssector met betrekking tot zijn honorarium afhankelijk wordt van het aantal voorschriften. Dit voorstel zal een ernstige belemmering betekenen voor de onafhankelijke opstelling van de apotheker en tast de geloofwaardigheid aan van de apotheker als objectief voorlichter van de arts en de patiënt. De onderbouwing door de overheid van het voorstel tot opheffing van de abonnementshonore-

ring bestaat voornamelijk uit de wenselijkheid van systeemgelijkheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten.

12

GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE.

Spreading van huisartsen en tandartsen over Nederland, gelijke doelstellingen, verschillende regels.

Gezondheid & Samenleving; 4, 1983, no. 2, p. 99-109, 21 lit.opgn., 3 tabn.

nivel

Studie naar de achtergronden van de verschillen in spreading van huisartsen en tandartsen over Nederland. Vanuit een nutstheoretische benadering wordt geprobeerd de locatiekeuze van huisartsen en tandartsen te verklaren. Aangenomen wordt dat de volgende nutsargumenten van belang zijn:

- de mogelijkheid een inkomen te verwerven;
- de mogelijkheid contact te hebben met collega's;
- de aantrekkelijkheid van de omgeving.

De auteurs nemen aan dat dezelfde nutsargumenten relevant zijn voor de verklaring van verschillen in geografische spreading van huisartsen en van tandartsen. Er zijn echter wel verschillen in de regels en de institutionele regelingen die de wijze waarop beide beroepsgroepen genoemde nutsargumenten bereiken, beheersen. De belangrijkste verschillen hebben te maken met de manier waarop huisartsen en tandartsen een inkomen verwerven. In Nederland worden tandartsen gehonoreerd op basis van een verrichtingsstelsel; voor wettelijk verzekerden (ongeveer 70% van de bevolking) worden de honoraria betaald door de ziekenfondsen. Huisartsen verdienen het grootste deel van hun inkomen door het abonnementshonorarium dat zij ontvangen van de ziekenfondsen voor iedere ziekenfondspatiënt in hun praktijk. Op grond van deze en andere verschillen kan worden verklaard waarom er bijvoorbeeld een vrij sterk verband bestaat tussen tandartsendichtheid en het gemiddelde inkomen van de bevolking, en geen verband tussen huisartsendichtheid en het gemiddelde inkomen van de bevolking. (vert.aut.ref.)

GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE.

(a) Regionale verschillen in ziekenhuisopnamen in Nederland en België, deel I: vraagstelling en beschrijvende gegevens.

Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 2, p. 82-89, 8 fign., 25 lit.opgn., 2 tabn.

(b) Regionale verschillen in ziekenhuisopnamen in Nederland en België, deel II: algemeen model, systeemverschillen, analyse-resultaten.

Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 2, p. 90-98, 5 lit.opgn., 5 tabn.

nivel

In een serie van twee artikelen wordt aandacht besteed aan de verklaring van regionale verschillen in ziekenhuisopnamen in Nederland en België. Het eerste artikel bevat een algemene beschrijving van de gezondheidszorgsystemen in beide landen, die in feite slechts weinig overeenkomsten vertonen, en een beschrijving van de variabelen die worden gebruikt om de bedoelde verschillen te verklaren. Een aantal kaarten laat zien welke opmerkelijke verschillen er bestaan tussen en binnen beide systemen wat betreft de mortaliteit, de leeftijdsopbouw van de bevolking, het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners en het aantal artsen.

In het tweede artikel wordt het verklarende model beschreven. In dat model wordt onder meer een plaats toegekend aan systeemkenmerken zoals de beloningsstructuur voor artsen en ziekenhuizen. De auteurs stellen vast dat in het Belgische gezondheidszorgsysteem hulpverleners meer gestimuleerd worden om hun patiënten uit het ziekenhuis te houden dan in Nederland. Ziekenhuizen hebben in beide systemen belang bij gehospitaliseerde behandeling.

GROOT, L.M.J.

Perspectieven voor het vrije beroep: vrij ondernemerschap of dienstverband?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 13, p. 379-382.

nivel

Beschouwing over de keuze tussen vrij ondernemerschap en loondienst voor specialisten die aan ziekenhuizen zijn verbonden. In

de laatste decennia is de bepaling van de specialistenhonoraria sterk in de collectieve sfeer getrokken. Dat geldt niet alleen voor de hoogte van de tarieven, maar ook voor het inkomen dat de arts zich op basis van die tarieven kan verwerven. De ontwikkelingen van de laatste tijd hebben geleid tot een kritische evaluatie van het specialisteninkomen en tot een situatie die kansen schept voor het dienstverband als redelijk alternatief voor het vrije ondernemerschap. Die kansen zullen nog groter worden als het stelsel van praktijkoverdracht geliquideerd wordt.

15

GROOT, L.M.J.

Incentives for cost-effective behavior: a Dutch experience.
Health Policy; 7, 1987, no. 2, p. 175-188, 21 lit.opgn., tab.
niveau

In 1983 heeft de Nederlandse regering een stelsel van ziekenhuisbudgettering geïntroduceerd teneinde de toename van de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Budgets werden vastgesteld op de werkelijke kosten in 1983 na een evaluatie van deze kosten.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen externe budgets (herverdeling van middelen door externe instellingen) en interne budgets (herverdeling van middelen binnen de organisatie). Externe budgets behoren globaal te zijn en interne budgets specifiek. In het artikel wordt de invloed van het budgetteringsproces op de situatie en de attitude van artsen geanalyseerd. Het budgetteringsproces heeft invloed op de administratie omdat meer en betere gegevens vereist zijn om afdelingshoofden en artsen te betrekken bij het budgetteringsproces.

Specificaties van gegevens per afdeling, specialisme en patiënt lijken noodzakelijk. Het budgetteringsproces beïnvloedt ook de ziekenhuisorganisatie, in het bijzonder de positie van artsen en medische staf, want zij worden daardoor vollediger opgenomen in de organisatie. Alle specialisten krijgen verantwoordelijkheid voor het budget. Tenslotte werkt het budgetteringsproces in op de kwaliteit van de zorg voor patiënten. Bij beperkte middelen is het noodzakelijk kwaliteit te verbinden met doelmatigheid in het herverdelen van middelen. Het zal waarschijnlijk nodig zijn een betere coördinatie tot stand te brengen tussen ziekenhuisbudgets en specialistenhonoraria. In de toekomst zullen meer elementen

van een abonnementsstelsel en een salarissysteem worden ingevoerd in het honoreringstelsel voor specialisten. (vert.aut.ref.)

16

HEESTERS, J.P.

De honorering van de Nederlandse huisarts als vrijberoepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek.

Proefschrift Katholieke Hogeschool Tilburg, 1983. 417 p., bijln., flgn., 136 lit.opgn., tabn.

nivel (b911)

In de Nederlandse situatie is de huisarts overwegend als vrijberoepsbeoefenaar werkzaam. Een totaaloverzicht van de honorering van de huisarts als vrijberoepsbeoefenaar, in samenhang met de problematiek rond de goodwill bij praktijkoverdracht, lijkt voor een evenwichtige besluitvorming omtrent de functie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg van wezenlijk belang. De bedoeling van dit proefschrift is een bijdrage te leveren aan dit totaaloverzicht op basis van gegevens over het jaar 1977.

Het inkomen van de huisarts als vrijberoepsbeoefenaar wordt gedefinieerd als de totale omzet van de huisartsenpraktijk minus de totale praktijkkosten. Hoofdstuk I en II zijn gewijd aan de opbrengsten die de huisarts ontvangt uit hoofde van "normale" huisartsenhulp en "overige" huisartsenhulp. Tot "normale" hulp worden die diensten gerekend die worden geacht te zijn begrepen in het abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden en vergelijkbare hulp aan particulieren (waarvoor de arts een verrichtingentarif ontvangt). "Overige" hulp is alles wat daar niet onder valt. In hoofdstuk III worden de normatieve praktijkkosten volgens de landelijke honoreringsovereenkomst over 1977 kritisch beschouwd. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de relatie tussen omvang en kosten van de praktijk.

In hoofdstuk IV wordt onderzocht met welk honorarium van de burgerlijke rijksambtenaar een bepaald honorarium van de huisarts als vrijberoepsbeoefenaar, uitgaande van een aantal specifieke veronderstellingen, in 1977 vergelijkbaar is. Een soortgelijke vergelijking wordt in hoofdstuk V ondernomen tussen huisartsen en andere werknemers in de gezondheidszorg.

Op basis van de in de voorafgaande hoofdstukken vergaarde en ontwikkelde inzichten kunnen worden in hoofdstuk VI kanttekeningen geplaatst bij in de praktijk voorkomende situaties en (voorstel-

len tot) regelingen op het gebied van de honorering van de huisarts. De situaties en regelingen die betrekking hebben op investeringen in goodwill en praktijkpand komen aan de orde in hoofdstuk VII. Daarbij wordt onder meer ingegaan op de wenselijkheid en mogelijkheid van afschaffing van goodwill-betalingen bij praktijkoverdracht.

17

HEESTERS, J., J. KESENNE.

Financiering van de gezondheidszorg in Nederland en België.

In: PEETERS, R.F., F.C.J. STEVENS, J. VAN DER ZEE (red).

Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit: uitgegeven ter gelegenheid van het congres 'Het gras aan gene zijde', georganiseerd bij het eerste lustrum van 'Gezondheid en Samenleving'; 21 en 22 maart 1985.

Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 77-134, 72 lit.opgn., 20 tabn.

nivel (b1178)

Overzicht van de wijze van financiering van de diverse onderdelen van de gezondheidszorg uit (sociale) verzekering, overheidsmiddelen en bijdragen van particulieren. Becijferd wordt welke bedragen daarmee in 1980 gemoeid waren. De betreffende paragrafen zijn voor Nederland en België zoveel mogelijk vergelijkenderwijs geschreven, zodat de lezer zelf de gewenste vergelijkingen kan trekken.

18

HOFLAND, J., WILMS, P.J.M.

Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

's-Gravenhage: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1984. 193 p., 15 fign., 142 lit.opgn., 27 tabn.

Onderzoekreeks Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, no. 14.

nivel (b1147)

In dit rapport staat de beheersing van de kosten van het stelsel van de gezondheidszorg centraal. Allereerst is daartoe een globa-

le systeemanalyse van de hoofdlijnen van de gezondheidszorg gemaakt. Vervolgens wordt ingegaan op enkele kwantitatieve ontwikkelingen zoals die zich vooral in het laatste decennium hebben voltrokken. Deze zijn daarna bezien in het licht van enkele impulsen die van het stelsel uitgaan op de medische consumptie: honorering, financiering, besluitvorming, en sturing van de vraag. Tenslotte wordt in dit rapport een tweetal mogelijke strategieën besproken die zijn gericht op kostenbeheersing in de medische sector.

De constatering dat het aanbod in de gezondheidszorg in overheersende mate de omvang en richting van het gebruik bepaalt, biedt voldoende rechtvaardiging om enkele achtergronden en determinanten van het handelen van de aanbieders (in eerste instantie de huisarts, vervolgens de specialist) te belichten. In dit verband belangrijke kenmerken van het systeem zijn de honorering van huisartsen en specialisten, het stelsel van bekostiging van de intramurale gezondheidszorg, en de advisering op nationaal niveau. Opgemerkt wordt dat in de Nederlandse honoreringsstelsels financiële prikkels besloten liggen die een aanbod-geïnduceerde medische consumptie kunnen uitlokken: de directe relatie tussen het aantal verrichtingen en het inkomen, en het verschil in tariefniveaus voor ziekenfonds- en particulier verzekerden.

19

HOGENHUIS, R.J.A.

De ontwikkeling van het huisartsinkomen sinds de tweede wereldoorlog. Medisch Contact; 42, 1987, no. 23, p. 719-721, 2 fign., 2 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

! ingegaan wordt op de ontwikkeling van het inkomen van de huisarts over de afgelopen veertig jaar. Daarbij wordt gebruik gemaakt van gegevens over de ontwikkeling van de ziekenfondstarieven, de ontwikkeling van de inkomens per particuliere patiënt, en de ontwikkeling van de praktijkgrootte in deze periode. Het aandeel van de particuliere patiënt in de omzet van de huisarts is sinds 1947 gedaald van 50% tot iets meer dan 20%. Dit hangt samen met veranderingen in het kostenbewustzijn van particuliere patiënten, de gemakkelijke rechtstreekse toegang tot ziekenhuizen, een grotere belangstelling voor alternatieve geneeswijzen, en het feit dat een groot deel van de particuliere patiënten niet is verzekerd

voor huisartsenhulp en voor geneesmiddelen die door de huisarts worden voorgeschreven. Sinds 1970 zijn de huisartsen er in inkomen relatief op achteruitgegaan, gedeeltelijk door de teruggelopen inkomsten uit de particuliere praktijk en gedeeltelijk door de denivellering die sinds de jaren zeventig is opgetreden.

20

JASPERS, F., J. HAMEL, G. SCHRIJVERS.

Artsen in dienstverband.

Deventer: Kluwer, 1980. 107 p., 51 lit.opgn., 25 tabn.

WBS-cahiers.

nivel (b257)

Deze nota is bedoeld als aanzet tot concrete invulling van het PvdA-verklezingsprogramma uit 1977, waarin is opgenomen dat artsen in dienstverband moeten treden, mede omdat de relatie tussen het inkomen van de hulpverlener en de hulp aan de cliënt in de gezondheidszorg losgekoppeld moet worden. In deze nota worden de argumenten voor en tegen een dienstverband van artsen gezien van economische, sociologische en medische invalshoeken, en in relatie tot verschillende aspecten van de gezondheidszorg (zoals financiering, sociaal-economische aspecten, kwaliteit en samenwerking). Het dienstverband voor artsen is geen uitgangspunt op zich, maar is een afgeleide van een aantal meer algemeen gestelde uitgangspunten met betrekking tot de inrichting van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

De arts bekleedt een centrale positie in het beslissingsproces omtrent het gebruik van medische voorzieningen. Grotendeels bepaalt de arts wat, wanneer en hoe deze voorzieningen verstrekt worden. Een belangrijke variabele die het beslissingsproces van de arts en daarmee het kostenniveau van de gezondheidszorg beïnvloedt, is de wijze waarop hij wordt betaald. Verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden kunnen voor een deel worden toegeschreven aan de verschillende honoreringssystemen die gelden voor deze categorieën patiënten. Door ont koppeling van inkomen en praktijkvoering kunnen de negatieve gevolgen van het abonnementsysteem (zoals onnodige verwijzingen) en het verrichtingensysteem (zoals onnodige verrichtingen) grotendeels worden ondervangen. Aangetoond is dat het huidige honoreringssysteem van huisartsen en medische specialisten kan leiden tot ongewenste effecten wat betreft de doelmatig-

heid van het gezondheidszorgapparaat in het algemeen en de omvang van de medische consumptie in hogere echelons in het bijzonder. Argumenten voor en tegen een dienstverband die in deze nota worden besproken, hebben betrekking op de arts-patiënt relatie, de kwaliteit van de zorgverlening, vrije artsenkeuze, samenwerkingsverhoudingen, financieel-economische en inkomenspolitieke aspecten.

De belangrijkste belemmeringen om snel te komen tot een dienstverband van artsen zijn nog niet of onvoldoende functionerende regelingen voor de professionele verantwoordelijkheid van artsen, de gewoonte om een praktijkovernamesom ("goodwill") te betalen, de huidige regelingen voor intramuraal werkzame medische specialisten en de gebrekkige managementstructuur in de gezondheidszorg.

21

KERKHOFF, A.H.M., M.P. HAGENSTEIN-'T MANNETJE.

Sturen met de geldkraan: over het effect van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie.

Medisch Contact; 38, 1983, no. 7, p. 185-189, 7 fign., 9 tabn.

nivel

De aanzienlijke volumegroei in de eerstelijnsfysiotherapie in de jaren na 1975 zette de overheid in 1979 aan tot een reeks beperkende maatregelen die onder meer betrekking hadden op de honorering van een aantal belangrijke fysiotherapeutische applicaties. Dit artikel brengt verslag uit van een onderzoek in het werkgebied van het Ziekenfonds West-Zuidhollandse Eilanden naar de effecten van die overheidsmaatregelen. De verschillende maatregelen blijken weliswaar tot een daling van het volume en de kosten van de betreffende applicaties geleid te hebben, maar niet tot een ombuiging van de totale kostenstijging van de fysiotherapie. De onderzoekers constateren wel een bedenkelijke bijwerking: het patroon van de verstrekte applicaties is onder invloed van de maatregelen ingrijpend gewijzigd. Deze resultaten wijzen uit dat sleutelen aan tarieven slechts zinvol is als het onderdeel uitmaakt van een groter geheel van samenhangende maatregelen. Wil men tot een kostenombuiging komen via de tarieven, dan zullen eerst duidelijke indicaties voor het verstrekken van applicaties moeten worden vastgesteld. Daarvoor is onderzoek nodig naar de

medisch-biologische en psychologische effecten van de diverse applicatievormen.

22

KOOLE, P.

Een pleidooi voor het abonnement-systeem.

Nederlands Tandartsenblad; 39, 1984, no. 11, p. 389, 391.

nivel

Beschouwend artikel waarin als oplossing voor de dreigende werkloosheid onder tandartsen wordt gesuggereerd het huidige verrichtingensysteem voor ziekenfondspatiënten te vervangen door een abonnementsysteem per ingeschreven ziekenfondsverzekerde in combinatie met een verstrekkingensysteem dat verstrekkingen lager honoreert dan nu het geval is.

23

LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND, LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING.

Medische specialisten in dienstverband.

S.l.: LAD, LSV, 1984. 99 p., bijl., lit.opgn.

nivel (r1847)

In dit rapport is getracht de stand van zaken ten aanzien van een dienstverband voor medische specialisten weer te geven. Naast een standpuntbepaling staat het geven van informatie voorop. Uitgaande van een omschrijving van de plaats en de rol van de medisch specialist in het ziekenhuis en de daarmee gepaard gaande overlegstructuur, wordt in hoofdstuk II veel aandacht gegeven aan de activiteiten van de medische staf. Het lidmaatschap van de medische staf is één van de basisvoorwaarden voor het functioneren van een medisch specialist in dienst van het algemeen ziekenhuis (hoofdstuk III). De problematiek rond de geformuleerde basisvoorwaarden wordt in hoofdstuk IV toegelicht. De verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de specialist in dienstverband worden besproken in het licht van de arts-patiëntrelatie. De materiële voorzieningen en de salariering worden besproken naast de uitgangspunten voor norminkomen en normpraktijk van de voor eigen rekening en risico praktizerende specialist. Een nadere uitwerking van de algemene arbeidsvoorwaarden uit de CAO voor het Zie-

kenhuiswezen is inleiding tot een bespreking van de functiewaardering. In hoofdstuk V wordt hierop nader ingegaan: wat zijn de implicaties van het dienstverband voor de pensioenvoorziening, het vestigingsbeleid en de regelingen ten aanzien van opleiding en nascholing. Ook wordt ingegaan op de problematiek die zich ten aanzien van de budgettering voordoet voor specialisten in dienstverband. In hoofdstuk VI tenslotte worden de belangrijkste problemen voor een overgang naar het dienstverband nog eens samengevat. Net als de Commissie Structuur Honorering Medische Specialisten staan LAD en LSV niet positief ten opzichte van het dienstverband. Argumenten die door politieke partijen en in het parlement naar voren zijn gebracht voor het dienstverband, zijn in de ogen van LAD en LSV nauwelijks doorslaggevend.

24

MEULEN, P. VAN DER, C. SPREEUWENBERG.

Praktijkverkleining en de tijdsbesteding van de huisarts: een literatuurstudie.

Huisarts en Wetenschap; 30, 1987, no. 3, p. 76-78, 18 lit.opgn.
niveau

Leidt praktijkverkleining tot een betere uitvoering van de taken door de huisarts? In deze literatuurstudie is onderscheid gemaakt tussen structurele en inhoudelijke kenmerken van de tijdsbesteding. Op grond van het beschikbare onderzoek kan geen uitspraak gedaan worden over de relatie tussen praktijkomvang en tijdsbesteding. De verwachting dat verkleining van de normpraktijk zal leiden tot een betere uitvoering van het basistakenpakket, is ongefundeerd. Hiermee is niet gezegd dat de 'model'-huisarts met een normpraktijk het basistakenpakket kan uitvoeren. Maatregelen op het gebied van de structuur van de praktijkorganisatie en de honorering zijn eveneens een voorwaarde. (aut.ref.)

25

NEDERSTIGT, P., G. VOSS.

Diagnosis related groups: klinisch en poliklinisch.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 12, p. 476-483, fig., 7 lit.opgn., 5 tabn.

niveau

In dit artikel wordt ingegaan op het Amerikaanse DRG-patiënten-classificatiesysteem. Na een beschrijving van het achterliggende DRG-concept en van de methode volgens welke de DRG-definities tot stand zijn gekomen, worden de resultaten getoond van de toepassing van deze Amerikaanse definities op Nederlandse patiëntengegevens over het jaar 1980, afkomstig van drie algemene ziekenhuizen. De hieruit resulterende patiëntengroepen zijn nader onderzocht op hun statistische en medische homogeniteit. In het kader van deze analyse zijn in overleg met Nederlandse specialisten DRG-definities opgesteld die beter voldoen binnen de Nederlandse verhoudingen. Aan de hand van factuurgegevens van deze patiënten was het mogelijk om voor elke DRG een gedetailleerd verrichtingenprofiel te bepalen. Door aan elk van deze verrichtingen een prijskaartje te hangen, verkrijgt men verrichtingenprofielen of kostenprofielen per DRG, al naar gelang men uitgaat van het tarief of de integrale kostprijs van een verrichting, die door middel van gedetailleerd kostenonderzoek op elke afdeling bepaald kan worden. Het DRG-concept hoeft niet beperkt te blijven tot opgenomen patiënten. Ook voor poliklinische patiënten is een indeling in homogene patiëntengroepen mogelijk. Ook van dergelijke "Ambulatory Patient Groups" wordt een beschrijving gegeven en worden de verrichtingen-, declaratie- en kostenprofielen gegeven. (aut.ref.)

Zie ook:

NEDERSTIGT, P.F.P.M.

Diagnosis related groups: een patiënt-georiënteerd kosteninformatiesysteem.

Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1985. 330 p., appn., fign., lit.opgn., tabn.

Proefschrift Katholieke Hogeschool Tilburg.
niveau (b1228)

26

PIJNACKER HORDIJK, E.H.

Vrije beroepen uit de markt geprijsd.

Ars Aequi; 31, 1982, no. 10, p. 569-576.

niveau (c1067)

Het voor de betroffenen zonder twijfel meest ingrijpende onderdeel van het inkomensbeleid van de overheid is het prijs/inko-

mensbeleid ten aanzien van vrije-beroepsbeoefenaars, tegenwoordig gebaseerd op de Tijdelijk Wet Normering Inkomens Vrije-beroepsbeoefenaars. Een interessant aspect van het prijs/inkomensbeleid is dat enerzijds in politieke sferen altijd een brede consensus over dit beleid heeft bestaan, terwijl anderzijds vanuit juridisch oogpunt altijd grote bezwaren tegen de vormgeving van dit beleid konden worden aangevoerd. In dit artikel worden de politieke geschiedenis en de juridische problematiek met elkaar geconfronteerd. (aut.ref.)

27

Proef met andere honorering huisarts: experiment in drie of vier regio's.

Inzet; 11, 1987, no. 6/7, p. 4-5.

nivel

Al geruime tijd wordt algemeen de behoefte uitgesproken aan verandering van de honoreringsstructuur voor huisartsen. Daarvoor wordt gedacht aan een zodanige differentiatie binnen het abonnementssysteem dat verschillen in het functioneren van huisartsen ook tot uitdrukking komen in verschillen in honorering. Bij de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen wordt ervan uitgegaan dat een dergelijke wijziging niet ineens moet worden ingevoerd, maar dat eerst experimenten nodig zijn. De VNZ hoopt de komende tijd in goed overleg met de LHV te komen tot het opzetten van zo'n experiment in drie of vier regio's. (aut.ref.)

28

Rapport van de Commissie Medisch-Specialistische Hulp, uit te brengen aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Landelijke Specialisten Vereniging.

S.l.: s.n, s.a. 132 p, 4 bijln., 57 lit.opgn.

nivel (r3145)

De commissie medisch-specialistische hulp is in 1986 in het leven geroepen om te onderzoeken welke factoren verantwoordelijk zijn voor de stijging van het volume van de specialistische hulp en om te bezien hoe dit volume kan worden beheerst. Volgens de commissie zijn macro-economische methoden zoals budgettering niet voldoende om invloed uit te oefenen op de vraag naar zorg en de

doelmatigheid van de verstrekking. Er is behoefte aan een nieuw instrumentarium dat aangrijpt op microniveau en waardoor een meer selectief gebruik van voorzieningen wordt bevorderd. Met name wordt gedacht aan financiële prikkels voor de patiënt (eigen bijdragen voor het raadplegen van de huisarts en de verwijzing naar de specialist) en voor de arts (bonus-malus-systeem en versterking van het abonnementskarakter in de honorering van specialisten, afzonderlijke beloning van de huisarts voor eenvoudige verrichtingen).

29

RENS, J.W.G.A. VAN.

Specialisten in dienstverband? Steeds weer in discussie.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 29, p. 904-905, 4 lit.opgn.
niveau

Beschouwing over consequenties, voor- en nadelen van een dienstverband voor specialisten. De auteur stelt dat de kosten waarschijnlijk alleen maar groter zullen worden, terwijl het zeer de vraag is of de eventuele winstpunten hiertegen opwegen. In landen als Engeland, Zweden en Oostenrijk heeft het dienstverband geleid tot de hoogste kosten, lagere kwaliteit, mindere satisfactie van patiënten en van artsen.

30

RUTTEN, F.F.H., J. VAN DER GAAG.

Referrals and demand for specialist care in the Netherlands.

Health Services Research; 12, 1977, no. 3, p. 233-249, 21 lit.opgn.
niveau

Analyse van drie onafhankelijke gegevensbronnen om te onderzoeken welke factoren bepalend zijn voor verwijzingen van huisartsen naar specialisten, de vraag naar specialistische hulp, en de snelle stijging van het aantal verwijzingen en van het gebruik van specialistische hulp in Nederland. Geconcludeerd wordt dat de vraag naar poliklinische specialistische hulp voor een groot deel door de aanbieder bepaald wordt, en dat huisartsen als plaatsvervanger optreden voor specialisten (substitutie). Ook wordt gesuggereerd dat het tweeledige honoreringssysteem in Nederland (abonnementsysteem voor wettelijk verzekerde patiënten en verrichtin-

gensysteem voor particulier verzekerden) bijdraagt aan het toegenomen gebruik van specialistische hulp.

31

STARMANS, P.M.W.

De specialist doorgelicht.

Inzet; 11, 1987, no. 4, p. 26-29, 5 tabn.

nivel

Analyse van de ontwikkeling van de specialistische hulp over de periode 1975 tot en met 1983 aan de hand van de jaarverslagen van het Centraal Bureau voor de Administrering der Specialistische Honorering. De kosten van de specialistische honorering zijn in die tijd gestegen van f138,29 naar f206,54 per verwijskaart. Het aantal verzekerden en het aantal verwijskaarten is in die periode nauwelijks gestegen, het aantal declarerende specialisten daarentegen wel. Het aandeel van de tarieven voor de behandeling van ziektegevallen ("case payments") daalde van 54% naar 43%, terwijl de produktiegebonden tarieven evenredig stegen. Suggesties worden gedaan voor nieuwe honoreringsstructuren waarin de "case payments" een aandeel krijgen van ongeveer 75%.

32

TITS, M.H.L. VAN, W.J.F.I. NUYENS.

Een bonus-malusexperiment onder huisartsen: tussentijds verslag uit Tilburg.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 9, p. 276-279, 4 fign., tab.

nivel

Beschrijving van opzet en enkele resultaten van een experiment dat het Ziekenfonds Midden-Brabant in 1984 heeft gestart om te bezien of het inbouwen van prikkels in de beloning van huisartsen ertoe kan bijdragen de zelfwerkzaamheid van huisartsen te bevorderen en daardoor de druk op de tweede lijn te verminderen. Wat betreft het aantal verwijskaarten, behandelingen door oefen-therapeuten, fysiotherapeutische behandelingen en verpleegdagen lijken de cijfers zich te stabiliseren op lagere niveaus. Er kan nog geen uitsluitsel worden gegeven over de vraag of de bedoelde dalingen toegeschreven kunnen worden aan het bonus-malus-systeem,

of dat het een ontwikkeling betreft die toch al in de lucht zat bij de deelnemers aan het experiment.

33

VEN, W.P.M.M. VAN DE.

De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 1, p. 20-30, 31 lit.opgn.

nivel

In dit artikel wordt ingegaan op de financiële relatie tussen de hulpverlener, de consument en de verzekeraar, en op de invloed van de betalingswijze op de medische consumptie. Voorts wordt aandacht besteed aan de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen in Nederland. Een voorstel tot wijziging van de financiering van ziekenfondsen wordt uitgewerkt. Het betreft een systeem van budgettering per ziekenfonds, waardoor geleidelijk meer marktelementen in de ziekenfondssector worden geïntroduceerd. Mede hierdoor komen ziekenfonds- en particuliere verzekering in een meer gelijke positie ten opzichte van elkaar, waarbij veranderingen gericht op kostenbeheersing prioriteit krijgen. Bij de bespreking van de honorering van hulpverleners wordt geconstateerd dat de wijze van honoreren niet neutraal is. Als gemeenschappelijk kenmerk van de drie meer voorkomende honoreringssystemen - verrichtingensysteem, abonnementsysteem en loondienst - wordt genoemd dat zij geen van drie de arts belonen voor het verlenen van zorg tegen zo laag mogelijke totale kosten.

34

VEN, W.P.M.M. VAN DE.

Een andere financiering van de huisartsenhulp?

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 10, p. 23, 25-26, lit.opgn.

nivel (c1302)

In dit artikel worden twee belangrijke verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden met betrekking tot de huisartsenhulp besproken, te weten de verzekeringsdekking van de consument en de honoreringwijze van de huisarts. Verwacht mag worden dat de overheid ernaar zal streven de bestaande verschillen ge-

leidelijk te verkleinen dan wel op te heffen om zodoende de weg te effenen voor een uniform verzekeringsstelsel op lange termijn.

35

VISSER, G.C.

Abonnementshonorarium lucratief?

Nederlands Tandartsenblad; 40, 1985, no. 19, p. 557-559.

nivel

Beschouwend artikel over wijzigingen in de structuur van de honorering van tandartsen. Het verrichtingentariefsysteem is verouderd en raakt maatschappelijk steeds meer aan kritiek onderhevig. Besproken worden abonnementshonorering en een combinatie van het verrichtingensysteem en het abonnementsysteem. Aan de orde komen de economische aspecten, de uitvoerbaarheid en de zorgtechnische aspecten van een ander honoreringsstelsel.

36

WAL, G. VAN DER.

Voor een differentiëring binnen het abonnementshonorarium.

Huisarts en Praktijk; no. 8, p. 68-71 (supplement bij Huisarts en Wetenschap; 27, 1984, no. 10).

nivel

Dit artikel is bedoeld als een pleidooi voor een beleid dat is gericht op differentiëring binnen het honoreringsstelsel voor huisartsen. De auteur begint uiteen te zetten vanuit welke achtergrond dit stuk is geschreven. Vervolgens gaat hij in op een aantal kernbegrippen, zoals praktijkverkleining, abonnementsstelsel, bewerkelijkheid, kwaliteit en taakopvatting. Het geheel mondt uit in een aantal voorstellen om aanzienlijke verschillen in bewerkelijkheid aan de vraagzijde via differentiëring tot uitdrukking te brengen in het abonnementsstelsel. Een eerste vereiste is nu dat de beroepsgroep zich hierover ten principale uitspreekt. (aut.ref.)

WERK GROEP INKOMENS VRIJE-BEROEPSBEOEFENAREN.

Aankleding norminkomens vrije beroepsbeoefenaren: uitgangspunten voor de waardering van rechtspositionele en sociaal-economische verschillen tussen vrije-beroepsbeoefenaren en ambtenaren ten behoeve van het prijs-/inkomensbeleid.

S.l.: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1983. 81 p., bijln.

nivel (r1606)

In dit rapport geeft de WIVB aan op welke wijze bij de vaststelling van norminkomens voor vrije-beroepsbeoefenaren rekening gehouden kan worden met rechtspositionele en sociaal-economische verschillen tussen vrije-beroepsbeoefenaren en de daarmee in het kader van het prijs-/inkomensbeleid vergelijkbaar geachte werknemers. Een norminkomen is opgebouwd uit een salarisbestanddeel, een eventuele correctie daarop voor bijzondere omstandigheden, en de zogenaamde aankleding voor pensioen en overige sociale voorzieningen. In dit rapport worden uitgangspunten uitgewerkt voor de berekening van de aankleding. Ook gaat de werkgroep in op de risicobeloning en de vergoeding voor in het beroep geïnvesteerd eigen vermogen. Het rapport vormt het sluitstuk van de algemene overlegfase over de vaststelling van meer definitieve norminkomens.

IJSBRANDY, C.M.

Vestigingsbeleid en inkomen.

In: GROENEWEGEN, P.P. (red.)

Vestigingsbeleid voor huisartsen.

Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1981. p. 43-60, 2 fign., 13 lit.opgn., tab.

nivel (b400)

Het streven van de huisartsenorganisatie om te komen tot een vestigingsbeleid is er in de eerste plaats op gericht te voorkomen dat een belangrijke controle over hun beroepsuitoefening toevalt aan een publiekrechtelijk lichaam dat aan hun directe invloed onttrokken is. Daarnaast hebben huisartsen met een eigen vestigingsbeleid een instrument in handen waarmee zij hun materiële positie veilig kunnen stellen. De geschiedenis van de na-oorlogse

onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsen, die in dit artikel samen met de ontwikkeling van huisartseninkomens na de Tweede Wereldoorlog wordt onderzocht, leert dat er van evenwichtige machtsverhoudingen geen sprake is geweest. Er is ook een duidelijke denivellering opgetreden in de inkomensontwikkeling van huisartsen sinds de Tweede Wereldoorlog. De verklaring daarvoor moet vooral gezocht worden in de ontwikkeling van de ziekenfondstarieven voor huisartsenhulp.

39

Ziekenfonds en specialist: een nieuwe benadering.

Inzet; 10, 1986, no. 4, p. 4-6.

nivel

Beschreven wordt het plan van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen om te komen tot een herstructurering van de honorering van medisch specialisten. Het conflict tussen de overheid en de Landelijke Specialisten Vereniging heeft aangetoond dat er een grondige wijziging in de honoreringsstructuur voor specialisten nodig is. Aan de orde komen de structuur op langere termijn en de punten die op korte termijn te realiseren zijn.

3. VERENIGDE STATEN

3.1 Honorering per verrichting

40

BAPTIST, A.J., J.M. BACHMANN.

Medicare and Medicaid payment strategies for health care providers.
Topics In Health Care Financing; 13, 1986, no. 2, p. 1-15.

kb nivel (c1885)

Overzicht van de regelingen die gelden voor betalingen van de Amerikaanse overheidsprogramma's Medicare en Medicaid aan ziekenhuizen, artsen en verpleeghuizen. Onderzocht worden de belangrijkste strategieën die zijn ontworpen om vergoedingen uit de kas van Medicare en Medicaid aan een maximum te binden, zoals het DRG-systeem voor de ziekenhuisfinanciering en de "fee screens" voor de honorering van artsen door Medicare.

41

DAVIDSON, R.C.

Family physicians and the future of fee-for-service payment plans.
Journal of Family Practice; 23, 1986, no. 3, p. 275-278, 1 fig., 17 lit.opgn.

nivel

De financiering van de Amerikaanse gezondheidszorg is in een hoog tempo aan veranderingen onderhevig. De traditionele betaling per verrichting is op de terugtocht en wordt meer en meer vervangen door allerlei prospectieve financieringsmethoden. Een aantal ontwikkelingen van de laatste tien jaar geeft aan dat de overgang naar prospectieve financiering niet meer te stoppen valt. Dit zal een diepgaande invloed hebben op de medische praktijk in de toekomst. Het is van belang voor huisartsenopleiders en praktizerende huisartsen inzicht te hebben in deze marktontwikkelingen om beter in staat te zijn de nodige veranderingen in opleiding en praktijkvoering te bewerkstelligen. (vert.aut.ref.)

42

ESTES, E.H., Jr.

Fee for service, health insurance, and the family physician.

Journal of Family Practice; 13, 1981, no. 4, p. 497-501, 6 lit.opgn.
niveau

Analyse van het in de Amerikaanse gezondheidszorg verankerde systeem van honorering van verrichting. Belicht wordt de structuur van verschillende publieke en particuliere ziektekostenverzekeringen die zich hebben ontwikkeld in de laatste jaren. Speciale aandacht wordt besteed aan lacunes in de dekking die deze verzekeringen bieden, en aan het feit dat de bedoelde betalingssystemen een uitgebreide eerstelijnszorg onvoldoende stimuleren.

43

GABEL, J.R., T.H. RICE.

Reducing public expenditures for physician services: the price of paying less.

Journal of Health Politics, Policy and Law; 9, 1985, no. 4, p. 595-609, 26 lit.opgn.

bru niveau (c1857)

Het doel van dit artikel is te onderzoeken hoe artsen reageren op veranderingen in de hoogte van betalingen van publieke ziektekostenverzekeraars. De analyse richt zich op twee vraagstukken: het beheersen van de totale programma-uitgaven, en het zeker stellen van volledige toegang tot de gezondheidszorg voor cliënten van het programma. De auteurs geven een overzicht van bewijsmateriaal, afkomstig uit veldexperimenten waarin het honoreringsniveau werd verhoogd, bevroren dan wel verlaagd. Deze studies laten zien dat het bevroren of verminderen van het honoreringsniveau niet doelmatig is voor het beheersen van de programma-uitgaven omdat artsen blijken te reageren door het opvoeren van de kwantiteit en de complexiteit van de geleverde voorzeningen. Bovendien, wanneer publieke programma's de hoogte van hun betalingen bevroren of reduceren, behandelen artsen minder snel patiënten die in deze programma's verzekerd zijn. Geconcludeerd wordt dat beleidsmakers moeten zoeken naar andere strategieën ter beheersing van de uitgaven van publieke ziektekostenverzekeringprogramma's. Daarbij kan gedacht worden aan het bevorderen van de groei van alternatieve systemen voor de financiering en verstrekking van gezond-

heidszorg waarbinnen zorgverleners financieel beloond worden voor een doelmatig gebruik van middelen. Het ontwikkelen van soortgelijke prikkels binnen het bestaande verrichtingensysteem in de VS zou in de tussentijd nagestreefd moeten worden.

44

HADLEY, J., J. HOLAHAN, W. SCANLON.

Can fee-for-service reimbursement coexist with demand creation?

Inquiry; 16, 1979, no. 3, p. 247-258, 21 lit.opgn., 6 tabn.

nzi nivel (c1859)

Veel onderzoekers en beleidsmakers hebben zich bezig gehouden met de vraag of artsen vraag naar hun eigen produkt creëren. Beleidsaanbevelingen voor de honorering van artsen variëren van het verwijderen van alle beperkingen op honoraria tot het betalen van alle artsen op basis van salaris of abonnement, afhankelijk van het al dan niet aanhangen van de hypothese van vraag-inducering. De auteurs zijn het niet eens met extreme voorstellingen van zaken rond dit vraagstuk. Ze laten zien dat artsen zowel op relatieve tariefwijzigingen als op absolute beheersing van hun honoraria reageren. Het is dus onwaarschijnlijk dat vraag-inducering onbeperkt kan doorgaan. Deze visie wordt ondersteund met gegevens van Medicare in California. Ook Canadees bewijsmateriaal geeft aan dat artsen niet in staat zijn vraag naar hun diensten te creëren teneinde hun inkomen op peil te houden wanneer er beperkingen worden gesteld aan de stijging van honoraria en wanneer het aanbod van artsen toeneemt.

45

HOLAHAN, J.

Physician availability, medical care reimbursement, and delivery of physician services: some evidence from the Medicaid program.

Journal of Human Resources; 10, 1975, no. 3, p. 378-402, app., 24 lit.opgn., 5 tabn.

eur nivel (c1847)

Analyse van factoren die van invloed zijn op het gebruik van artsenhulp in het Medicaid-programma. Gekeken wordt naar twee maatstaven voor medische consumptie: het percentage van Medicaid-verzekerden dat in contact komt met een arts, en het kostenpeil per

verzekerde. De nadruk wordt gelegd op verschillende methoden voor de honorering van artsen en op het effect van de verdeling van artsen, zowel geografisch als per specialisme, op het gebruik van voorzieningen door Medicaid-gerechtigden. Het artikel laat zien dat het hanteren van tarieflijsten ("fee schedules") in plaats van tariefroosters ("fee screens"), zoals in sommige Amerikaanse staten gebeurt, een duidelijk kostenverminderende invloed heeft. Ook komt aan het licht dat niet-blanken minder gebruik maken van door Medicaid gefinancierde voorzieningen dan blanken.

46

HOLAHAN, J., J. HADLEY, W. SCANLON, R. LEE, J. BLUCK.

Paying for physician services under Medicare and Medicaid.

Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 57, 1979, no. 2, p. 183-211, 10 lit.opgn.

nivel

De systemen die in de VS worden gehanteerd voor de honorering van artsen, zijn erop gericht twee uiteenlopende doelstellingen met elkaar te verzoenen: het zeker stellen van de toegankelijkheid van voorzieningen voor armen en ouderen, en het indammen van de kostenstijging binnen aanvaardbare grenzen. In dit artikel wordt een aantal beleidssimulaties onderzocht van de manier waarop artsen hun tarieven bepalen. Het onderzoeksproject waarover wordt gerapporteerd, vond plaats in California en bestond uit vier deelstudies:

(1) analyse van verschillen in tarieven en honoraria tussen verschillende programma's (Medicare, Medicaid, particuliere verzekeringen) en tussen verschillende regio's.

(2) analyse van de invloed van prijstoezicht door de overheid op tarieven en artseninkomen uit Medicare en Medicaid.

(3) econometrische analyse van beslissingen van artsen aangaande tarieven en output.

(4) onderzoek naar de deelname van artsen aan Medicaid.

Geconcludeerd wordt dat de bestaande regelingen met betrekking tot de honorering van artsen veel problemen kennen. De doelstellingen van de overheidsprogramma's Medicare en Medicaid worden niet voldoende bereikt.

HOLAHAN, J.

Paying for physician services in State Medicaid programs.

Health Care Financing Review; 5, 1983-1984, no. 3, p. 99-110, 7 lit. opgn., 9 tabn.

knav

Dit artikel geeft een overzicht van de honoreringsmethoden en de omvang van de artsenhonoraria in de Medicaid-programma's van de Amerikaanse staten. De ene helft van de staten past een of andere versie toe van de CPR-fee-screen-methode uit het federale Medicare-programma, de andere helft werkt met tarieflijsten ("fee schedules"). De laatste groep neemt wel 68% van de totale Medicaid-uitgaven voor zijn rekening. De staten die tarieflijsten gebruiken ter bepaling van de honoraria van artsen, verhogen de honoraria veel minder vaak dan de staten die het "fee screen" gebruiken, maar de meeste staten in laatstgenoemde groep leggen beperkingen op aan de omvang van de honoraria, met het gevolg dat die onder het Medicare-niveau uitkomen.

Het hangt van het gedrag van artsen en ziekenhuizen af of de totale kosten toenemen als consequentie van hogere honoraria voor artsen. Het kan zijn dat lage honoraria in bepaalde staten leiden tot relatief veel ziekenhuisopnamen en poliklinische hulp. Hogere honoraria voor particuliere artsen kunnen tot een algehele kostenvermindering bijdragen als minder gebruik wordt gemaakt van poliklinische en intramurale voorzieningen in ziekenhuizen.

LEE, R.H., J. HADLEY.

Physicians' fees and public medical care programs.

Health Services Research; 16, 1981, no. 2, p. 185-203, 15 lit.opgn., 4 tabn.

nivel

In dit artikel wordt een econometrisch model ontwikkeld van de wijze waarop artsen hun tarieven vaststellen. Artsen worden voorgesteld als monopolistische concurrenten die hun diensten aanbieden aan verschillende markten. De empirische toetsing van het model levert bewijsmateriaal op voor de stelling dat het customary-prevailing-reasonable-honoreringssysteem opgeheven moet worden. Artsen blijken strategisch te reageren op pogingen om tarieven te

controleren door middel van het fee-screen-systeem. Prijscontrole door middel van een economische index heeft de groei van de medische honoraria daadwerkelijk aan banden gelegd.

49

LONG, S.H., R.F. SETTLE, B.C. STUART.

Reimbursement and access to physicians' services under Medicaid.

Journal of Health Economics; 5, 1986, no. 3, p. 235-251, app., 25 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

Verscheidene recente onderzoeken hebben aangetoond dat de deelname van artsen aan de Medicaid-programma's in Amerikaanse staten rechtstreeks in verband staat met de hoogte van hun honorarium. Het gevolg is dat indien staten de honoraria verlagen, mensen die in aanmerking komen voor Medicaid, schade lijden omdat de toegang tot artsenhulp voor hen beperkt wordt. De resultaten die in dit artikel gepresenteerd worden, ondersteunen deze gevolgtrekking niet. Het artikel presenteert multivariate analyses van de medische consumptie van niet-bejaarden die in aanmerking komen voor Medicaid, en van lokaties waar zij een arts kunnen raadplegen. Deze analyses duiden erop dat krappe vergoedingen voor artsen de toegang tot de ambulante zorgverlening niet belemmeren als men alle plaatsen waar een arts geconsulteerd kan worden, in ogenschouw neemt. (vert.aut.ref.)

50

ORTBALS, D.W.

Effect of Medicare/Medicaid reimbursement policies on diagnostic methodology in the physician's office.

Diagnostic Microbiology and Infectuous Disease; 4, 1986, no. 3 (supplement), p. 143S-150S, fig., 7 lit.opgn., tab.

bru nivel (c1844)

Met de invoering van de Deficit Reduction Act in 1984 is de belangrijkste verandering in de betalingsmethode van Medicare voor klinische laboratoriumtests verordend sinds de aanvang van het programma in 1965. De methode van het redelijke tarief, die tot 1984 werd gehanteerd voor het bepalen van de vergoeding voor laboratoriumvoorzieningen door Medicare Part B, is vervangen door

een tarieflijst die van toepassing is op laboratoriumtests die worden verricht in artspraktijken, onafhankelijke laboratoria en poliklinische ziekenhuislaboratoria. Artsen mogen niet langer rekeningen bij Medicare of bij Medicare-patiënten indienen voor tests die buiten deze categorieën vallen, met inbegrip van professionele uitleg van de resultaten van dergelijke tests. De nieuwe regelingen blijken sterke prikkels te bevatten voor het uitvoeren van laboratoriumtests in de eigen praktijk; de ontwikkeling van meer hoogwaardige laboratoriumtechnologie heeft het voor praktijklaboratoria mogelijk gemaakt om accurate en betrouwbare analyses te maken tegen redelijke kosten die gelijkwaardig zijn aan de voorzieningen van onafhankelijke laboratoria. Wel heeft de vrijstelling van laboratoria in artspraktijken van vergunningsverplichtingen meningsverschillen veroorzaakt tussen groepen pathologen en laboratoriummanagers.

51

RICE, T.H.

The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand.

Medical Care; 21, 1983, no. 8, p. 803-815, 1 fig., 12 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

In dit artikel wordt onderzocht hoe veranderingen in de hoogte van de Medicare-vergoedingen invloed uitoefenen op de mate waarin artsen vraag naar door Medicare betaalde hulp oproepen. Om het verschijnsel vraag-inducering op het spoor te komen worden veranderingen geanalyseerd in de intensiteit en het volume van de geboden hulp en in het aantal ondersteunende voorzieningen waarop artsen een beroep doen. Het empirisch onderzoek is gebaseerd op Medicare-vorderingen van artsen uit de Amerikaanse staat Colorado tussen 1976 en 1978. Gedurende dat tijdvak trad een wijziging in werking van het Medicare-vergoedingstelsel van de staat die resulteerde in een grote toename van de honoraria van sommige artsen en een relatieve vermindering bij anderen. Dit veldexperiment biedt de mogelijkheid na te gaan hoe gewijzigde financiële prikkels inwerken op verscheidene vormen van vraag-inducering. De onderzoeksresultaten kloppen met de theorie dat vraag-inducering bestaat. Het oproepen van vraag blijkt in een aantal gedaanten voor te komen: artsen verstrekken meer en extra intensieve medi-

sche hulp, verrichten meer chirurgische ingrepen, en bestellen meer laboratoriumtests. (vert.aut.ref.)

52

SCHEFFLER, R.M., L. PARINGER, G. RUBY, R. LIS.

The effect of economic incentives on the education and distribution of physicians: a review.

Health Policy and Education; 1, 1980, no. 3, p. 271-289, 33 lit. opgn., 5 tabn.

knew nivel (c1851)

Overzicht van de literatuur over de invloed van economische factoren op de keuze van artsen voor een specialisme en een vestigingsplaats. Economische variabelen die invloed hebben op de "rendementsverhouding" (winstgevendheid in verhouding tot opleidingskosten) voor artsen van verschillende specialismen en locaties zijn: gemiddeld jaarinkomen, werktijd, honorarium per verrichting en opleidingskosten. De resultaten van dit overzicht geven aan dat de rendementsverhouding van een specialistische opleiding sterk varieert per specialisme. De rendementsverhouding van opleidingen in chirurgie en radiologie is bijna drie keer zo gunstig als die bij andere specialismen. Deze verschillen blijken een kleine, maar toch beduidende invloed te hebben op de keuze van artsen voor een specialisme en een vestigingsplaats. Bovendien is er een positieve relatie tussen de gemiddelde honoraria van artsen en het aantal inwoners per arts in een regio; regio's met meer artsen kennen hogere honoraria. De samenhang tussen economische variabelen en specialisme- en locatiekeuze wordt verstoord door het feit dat artsen een aanzienlijke hoeveelheid macht over de markt kunnen hebben en dat zij zelf de prijs van hun diensten kunnen beïnvloeden. Geconcludeerd wordt dat honoreringssystemen die zijn gericht op de spreiding van artsen, minder effectief zullen zijn omdat artsen in staat zijn invloed uit te oefenen op de hoogte van hun inkomen en op de rendementsverhouding van hun opleiding. (vert.aut.ref.)

SCHEFFLER, R.M.

Reimbursement practices and the primary care physician: an economist's view.

Journal of Family Practice; 13, 1981, no. 4, p. 502-507, 14 lit. opgn., 4 tabn.

nivel

Economische analyse van de invloed die de bestaande methoden van betaling door derde partijen hebben op de medische praktijkvoering, de medische opleiding en nascholing, en de spreiding van artsen. Eén van de conclusies luidt dat de verstrekking van eerstelijnszorg niet erg wordt gestimuleerd door een honoreringssysteem dat specialisten stelselmatig beter beloont. Ook opleidingsfaciliteiten en de spreiding van artsen wordt beïnvloed door financiële factoren.

SCHROEDER, S.A., J.A. SHOWSTACK.

Financial incentives to perform medical procedures and laboratory tests: illustrative models of office practice.

Medical Care; 16, 1978, no. 4, p. 289-298, fig., 26 lit.opgn., 5 tabn.

nivel

Financieel rendement is één van de vele factoren die wellicht invloed heeft op de beslissing van een arts om voor een patiënt behandelingen voor te schrijven. De omvang van financiële prikkels voor het uitvoeren van medische procedures en diagnostische tests in de eigen praktijk wordt geïllustreerd aan de hand van vier hypothetische modellen van de algemene praktijk voor interne geneeskunde. In de modelpraktijken is er een vaste verhouding van anamnese- en lichamenlijk onderzoek tot herhalingsbezoeken; de aantallen en soorten medische procedures en laboratoriumonderzoeken nemen per model stapsgewijs toe. Tarieven en praktijkuitgaven worden berekend op het niveau dat in 1977 gold in Noord-California. Voor de vier modellen worden netto-inkomens afgeleid die variëren van 31.000 tot 90.000 dollar. De onderzochte financiële prikkels, die overigens ook buiten de interne geneeskunde kunnen worden toegepast, zijn in strijd met een beleid dat meer nadruk wil leggen op persoonlijke dan op technische hulp.

SHOWSTACK, J.A., B.D. BLUMBERG, J. SCHWARTZ, S.A. SCHROEDER.
Fee-for-service physician payment: analysis of current methods and their development.
Inquiry; 16, 1979, no. 3, p. 230-246, 36 lit.opgn., 6 tabn.
nzi nivel (c1800)

De manier waarop het honorarium van artsen wordt bepaald, speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg, zowel wat betreft het soort voorzieningen dat wordt verstrekt als wat betreft de kosten. Uitgerekend is dat artsen de bestemming bepalen van 70% van de uitgaven voor persoonlijke gezondheidszorgvoorzieningen. De dominante methode van artsenhonorering in de Verenigde Staten is de honorering per verrichting, en volgens de auteurs zal dat niet snel veranderen. Beslissingen van artsen kunnen binnen het verrichtingsstelsel beïnvloed worden door het inbouwen van specifieke financiële prikkels.

In dit artikel wordt beschreven hoe het verrichtingsstelsel zich in de Verenigde Staten heeft ontwikkeld, en welke methoden ter bepaling van het artseninkomen daarin de overhand hebben gekregen. Met de toename van de betaling door derde partijen is het stelsel sterk geformaliseerd, teneinde duidelijkheid te verkrijgen over de precieze inhoud van verrichtingen en de precieze hoogte van honoraria voor die verrichtingen. Twee methoden voor het bepalen van de honoraria voor specifieke verrichtingen kunnen worden onderscheiden: **fee schedules** en **fee screens**. Het **fee schedule** (oftewel de tarievenlijst), door verzekeraars ook wel aangeduid als **benefit schedule**, legt de maximale honoraria vast. Van recentere datum is het **fee screen** (oftewel het tarievenrooster), in het bijzonder het UCR-honoreringstelsel ("usual, customary, reasonable") dat variabele tarieven per regio of specialisme vastlegt. Het UCR-stelsel wordt gezien als kostenverhogend omdat het toekomstige honoraria afleidt van wat dokters op dit moment in rekening brengen. Artsen worden zodoende aangemoedigd om hun rekeningen nu te verhogen zodat ze later meer betaald krijgen. Inherent aan **fee schedules** is de relatieve waardering van verrichtingen die vervolgens, door toepassing van een conversiefactor, wordt uitgedrukt in een verschil in honorering. Als probleem hierbij wordt gezien dat de vaststelling van relatieve waardeschalen door de medische beroepsgroep een vorm van prijsfixatie inhoudt. Bovendien worden kanttekeningen geplaatst bij de omstan-

digheid dat de huidige tarieflijsten consultatieve hulp onderwaarderen in vergelijking met medisch-technische ingrepen. Het systeem van honorering per verrichting door derde partijen komt in de Verenigde Staten steeds meer onder vuur te liggen. De politieke macht van de medische professie is echter nog te groot om op korte termijn substantiële hervormingen te kunnen doorvoeren. Dat neemt niet weg dat het belang van patiënten, artsen, beleidsmakers en verzekeraars is gediend met een meer uniform, rationeel en doelmatig stelsel van artsenhonorering dat is gebaseerd op de doeleinden van een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en efficiënt verstrekte gezondheidszorg.

56

SHWARTZ, M, S.G. MARTIN, D.D. COOPER, G.M. LJUNG, B.J. WHALEN, J. BLACKBURN.

The effect of a thirty per cent reduction in physician fees on Medicaid surgery rates in Massachusetts.

American Journal of Public Health; 71, 1981, no. 4, p. 370-375, 1 fig., 12 lit.opgn., 4 tabn.

nivel

In dit artikel wordt nagegaan wat een verlaging met 30% van het Medicaid-honorarium voor artsen voor gevolgen had op de mate waarin een achttal optionele chirurgische ingrepen werd toegepast bij de Medicaid-gerechtigden in Massachusetts. Het verwijderen van amandelen was de enige ingreep waarbij er sprake was van een statistisch significante daling van het aantal operaties in de meeste regio's. Het lijkt erop dat het aantal ruggewerveloperaties enigszins toenam. Bij andere ingrepen trad in sommige regio's een stijging en in andere regio's een daling op. (vert.aut. ref.)

57

SLOAN, F.A.

Effects of health insurance on physicians' fees.

Journal of Human Resources; 17, 1982, no. 4, p. 533-557, 1 fig., 27 lit.opgn., 4 tabn.

eur nivel (c1575)

Volgens gangbare opvattingen is de verbreiding van het fenomeen ziektekostenverzekering voor een deel verantwoordelijk voor de stijging van de honoraria van artsen, maar vooralsnog ontbreekt het aan overtuigend empirisch bewijs voor deze stelling. Een standaardmodel ter bepaling van artsenhonoraria, dat in dit artikel wordt opgevoerd, levert ondubbelzinnige voorspellingen op over verzekeringseffecten op honoraria. Empirisch materiaal, gebaseerd op nationale interviewrondes onder artsen, laat zien dat verzekeringen de honoraria in de voorspelde richting beïnvloeden. Berekeningen laten zien dat een stijging met \$1.00 in de tarieflijst van een verzekeraar leidt tot een gemiddelde toename van de honoraria van artsen die ligt ergens tussen \$0.13 en \$0.35. In de laatste paragraaf wordt besproken in hoeverre deze hogere honoraria zouden kunnen samenhangen met hogere kwaliteit. (vert.aut. ref.)

58

YETT, D.E., W. DER, R.L. ERNST, J.W. HAY.

Physician pricing and health insurance reimbursement.

Health Care Financing Review; 5, 1983-1984, no. 2, p. 69-80, 1 tab.

knaw

In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een onderzoek dat is gebaseerd op gegevens van drie Blue Shield-verzekeraars met betrekking tot vorderingen die door artsen zijn ingediend. De belangrijkste resultaten:

- Artsen worden gemotiveerd door inkomen. Dit betekent dat het zinvol kan zijn bepaalde inkomensprikkels op te nemen in honoreringssystemen.
- De tariefstelling van artsen is redelijk concurrerend.
- Artsen maken geen tariefonderscheid ten aanzien van particuliere patiënten, maar maken wel verschil tussen Medicare-patiënten en particuliere patiënten.
- De economische indexering van de honoraria heeft geleid tot een duidelijke vermindering van de groei van door Medicare uitgekeerde honoraria, maar heeft geen waarneembare invloed gehad ten aanzien van particuliere honoraria. Artsen blijken kosten te verschuiven naar patiënten wier verzekering geen beperkingen aan de vergoeding oplegt.
- Het blijkt niet zo te zijn dat artsen een bepaald netto-inkomen proberen te bereiken. Het is daarom niet gerechtvaardigd om

terwille van het tegengaan van vraag-inducering beperkingen op het gebruik van voorzieningen in het honoreringssysteem op te nemen.

- Artsen besluiten veel vaker tot het accepteren van verzekerde patiënten wanneer de vergoedingen van de verzekeraar hoog zijn dan wanneer zij laag zijn. Het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg door het bevorderen van de participatie door artsen zal derhalve leiden tot verdere kostenstijgingen.

De belangrijkste implicaties voor het beleid:

- Particuliere verzekeraars en de overheid moeten besluiten tot een uniforme methode voor het honoreren van artsen om de stijging van tarieven een halt toe te roepen en het verschuiven van kosten tegen te gaan.
- Men zou een honoreringstelsel moeten invoeren dat minder kostenverhogend werkt dan de "fee-screen"-methode.
- Beperkingen ten aanzien van het gebruik van voorzieningen die door artsen worden verstrekt, zijn niet gerechtvaardigd.
- Inspanningen voor kostenbeheersing zullen waarschijnlijk leiden tot een verminderde toegankelijkheid van de zorg (artsen zullen patiënten minder snel accepteren), met name voor mensen die afhankelijk zijn van de verzekeringsprogramma's van de Amerikaanse overheid.

59

YETT, D.E., W. DER, R.L. ERNST, J.W. HAY.

Fee-screen reimbursement and physician fee inflation.

Journal of Human Resources; 20, 1985, no. 2, p. 278-291, 14 lit. opgn., 2 tabn.

eur nivel (c1846)

In dit artikel wordt een economische analyse gemaakt van gegevens van drie Blue-Shield-fondsen uit de jaren 1973 tot 1978 teneinde de hypothese te toetsen dat de fee-screen-methode van artsenhonorering, die door Amerikaanse ziektekostenverzekeraars (Medicare, Medicaid in sommige staten, Blue Shield) wordt toegepast, leidt tot inflatie van de medische honoraria. Deze methode bevat inkomensprikkels die artsen aanzetten tot het systematisch opvoeren van hun tarieven. Immers, de tariefstelling in een bepaald jaar is uitgangspunt voor de vaststelling van het redelijke tarief in het volgende jaar. De inflatiehypothese wordt door de resultaten van de analyse bevestigd.

3.2 Medicare: alternatieve systemen

60

BURNEY, I., P. HICKMAN, J. PARADISE, G. SCHIEBER.
Medicare physician payment, participation, and reform.
Health Affairs; 3, 1984, no. 4, p. 5-24, lit.opgn., tab.
wvc nivel (c1886)

Dit artikel geeft een overzicht van de gang van zaken, de problemen en de mogelijke hervormingen in de honorering van artsen door het Amerikaanse overheidsprogramma Medicare. De ondoelmatigheden in de bestaande systemen van artsenhonorering en de zogenaamde participatie (waarbij artsen afspreken geen extra betalingen van Medicare-patiënten te vragen boven het honorarium dat zij van overheidswege ontvangen), gekoppeld aan de invloed van die systemen op het Amerikaanse begrotingstekort, maken veranderingen in Medicare tot een hoge prioriteit voor de regering en het Congres. Iedere eventuele verandering zal echter een ingewikkelde afweging vereisen tussen toegankelijkheid, kosten en kwaliteit. Of men uiteindelijk zal besluiten tot tijdelijke bevriezingen van de honoraria of tot een structurele hervorming in de honorering van artsen, zal afhangen van de politieke en praktische haalbaarheid van verschillende hervormingsstrategieën en van de macro-economische discussie over belastingverhoging en beperking van de overheidsuitgaven.

61

CULLER, S., D. EHRENFRIED.
On the feasibility and usefulness of physician DRGs.
Inquiry; 23, 1986, no. 1, p. 40-55, 16 lit.opgn., 7 tabn.
nzi nivel (c1856)

In antwoord op de druk vanuit de Amerikaanse samenleving om de stijgingen van de Medicare-honoraria voor artsen een halt toe te roepen heeft het Congres opdracht gegeven aan het Department of Health and Human Services om een onderzoek in te stellen naar de raadzaamheid en haalbaarheid van het betalen van artsen op grond van "diagnosis related groups" (DRG's). Dit artikel is een samenvatting van de resultaten van twee rapporten waarin honorerings-

systemen op basis van DRG's zijn onderzocht samen met andere methoden om door artsen geleverde voorzieningen te groeperen in verband met de honorering. Deze rapporten voeren tot de conclusie dat een DRG-systeem voor artsenhonorering zal leiden tot een oneerlijke herverdeling van geld van artsen met werkelijk complexere en duurdere praktijken naar artsen met mindere complexe en goedkopere praktijken. De auteurs concluderen dat een DRG-methode niettemin een nuttig hulpmiddel zou kunnen vormen om toezicht te houden op de beroepsuitoefening van artsen. (vert.aut.ref.)

62

EISENBERG, J.M, L.P. MYERS, M.V. PAULY.

How will changes in physician payment by Medicare influence laboratory testing?

JAMA; 258, 1987, no. 6, p. 803-808, 47 lit.opgn., 2 tabn.
niveau

Het uitvoeren van laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk verschaft artsen een gelegenheid hun inkomen te vergroten door de winstmogelijkheden die technische voorzieningen kunnen opleveren. Deze financiële prikkel voor diagnostisch testen in de eigen praktijk is gewijzigd door de beperking van vergoedingen aan artsen door Medicare, door wetswijzigingen met betrekking tot de mate waarin artsen vorderingen bij Medicare kunnen indienen voor laboratoriumonderzoek, en door technologische vooruitgang in laboratoriumapparatuur voor de medische praktijk. Hoewel beperkingen op de vergoeding het testen relatief minder aantrekkelijk maken dan andere technische voorzieningen die worden aangeboden in de artspraktijk, kunnen artsen nog steeds financieel voordeel behalen door middel van het testen, vooral als zij de vraag naar laboratoriumtests kunnen beïnvloeden.

De economische theorie geeft aan dat artsen inderdaad invloed hebben op de vraag naar hun producten, inclusief laboratoriumonderzoek, maar empirische gegevens geven geen uitsluitel. Nu is het zo dat Medicare en andere derde-partij-financiers denken over fundamentele hervormingen in de honorering van artsen. Verschillende betalingssystemen zullen invloed hebben op het gebruik van laboratoriumtests door artsen, en dat zal weer belangrijke gevolgen hebben voor het inkomen van artsen, de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten en de kosten die verbonden zijn aan het Medicare-programma. (vert.aut.ref.)

GABEL, J.R., M.A. REDISCH.

Alternative physician payment methods: incentives, efficiency, and national health insurance.

Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 37, 1979, no. 1, p. 38-59, 37 lit.opgn.

nivel

Artsen maken voor een groot deel de dienst uit in het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg. Beslissingen van artsen oefenen vaak invloed uit op de manier waarop maatschappelijke middelen worden gebruikt om de volksgezondheid op een bepaald peil te brengen en te houden. Artsen zijn echter ook sociale en economische wezens; hun gedrag wordt gedeeltelijk bepaald door de manier waarop zij betaald worden. Honoreringmethoden (per verrichting, per abonnement of per salaris) en voorkeuren van artsen staan in een wisselwerking met belangrijke gezondheidszorgvariabelen: medische consumptie, situering van medische behandelingen (in het ziekenhuis of daarbuiten), praktijklocatie, keuze van specialisme, en doelmatigheid van individuele praktijkvoering. In dit artikel wordt deze wisselwerking geanalyseerd.

HADLEY, J.

How should Medicare pay physicians?

Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 62, 1984, no. 2, p. 279-299, 25 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

Er wordt veel kritiek geleverd op de wijze waarop Medicare artsen honoreert omdat het systeem van "gebruikelijke, gangbare en redelijke" vergoedingen inflatie veroorzaakt, duur, ondoelmatig, onrechtvaardig en verwarrend is. Maar wanneer men kijkt naar alternatieve methoden, dan lijkt geen daarvan ideaal. De alternatieven die in dit artikel onder de loep genomen worden, hebben betrekking op:

- een andere opzet van het medische bedrijf (bijvoorbeeld HMO's, IPA's, PPO's);
- andere eenheden als grondslag voor de honorering (bijvoorbeeld pakketten in plaats van individuele verrichtingen);

- andere manieren om de hoogte van vergoedingen te bepalen (bijvoorbeeld vooraf vastgestelde tarieflijsten in plaats van retrospectieve tariefroosters, of een "indemnity"-systeem, waarbij de verzekerde een vast bedrag per medische verrichting ontvangt ongeacht het door de arts gerekende tarief).

De auteur voelt er het meest voor om bij een hervorming van het honoreringssstelsel van Medicare te denken aan een geleidelijke invoering van een prospectief tariefsysteem, of liever nog een "indemnity"-systeem, met handhaving van het fundament van honorering per verrichting.

65

HADLEY, J., R.A. BERENSON.

Seeking the just price: constructing relative value scales and fee schedules.

Annals of Internal Medicine; 106, 1987, no. 3, p. 461-466, 10 lit. opgn.

bru nivel (c1852)

Aan de lopende beleidsdiscussie over de herstructurering van het verrichtingensysteem voor de honorering van artsen in de Verenigde Staten liggen talrijke conceptuele vraagstukken ten grondslag. Voorbeelden daarvan zijn de ontwikkeling van een relatieve waardeschaal voor medische verrichtingen en de relatie tussen een relatieve waardeschaal en een tarievenlijst. In dit artikel wordt gekeken naar de verhouding tussen honoraria en kosten. Hoe kan bepaald worden of een honorarium juist is en in een redelijke verhouding staat tot de kosten? De auteurs stellen een tweestapsproces voor om een relatieve waardeschaal te construeren. Een tarievenlijst gebaseerd op een relatieve waardeschaal is de meest praktische manier om het huidige verrichtingensysteem te herstructureren, en is ook het meest zinnig vanuit klinische en economische uitgangspunten. (vert.aut.ref.)

HAMMONS, G.T., R.H. BROOK, J.P. NEWHOUSE.

Changing physician payment for Medicare patients: projected effects on the quality of care.

Western Journal of Medicine; 145, 1986, no. 5, p. 704-709, 30 lit. opgn.

knaw nivel (c1792)

Het Congres en de Amerikaanse regering overwegen veranderingen aan te brengen in de manier waarop artsen worden gehonoreerd wanneer zij zorg verlenen aan Medicare-patiënten. Door te onderzoeken welke effecten verschillende alternatieve honoreringsmethoden hebben op de kwaliteit van de zorgverlening, kan men voorspellen welke gevolgen naar alle waarschijnlijkheid zullen optreden en welke patiënten de meeste kans lopen om daardoor getroffen te worden. De onderzochte honoreringsmethoden zijn: een aangepast stelsel van honorering per verrichting aan de hand van tarieflijsten; DRG's voor artsen; een abonnementsstelsel door middel van HMO's. Bij elk van deze honoreringsalternatieven lopen armere en ziekere patiënten het grootste risico dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor hen zal afnemen. Deze bevindingen onderstrepen de noodzaak van zorgvuldige experimenten om de effecten te beoordelen van veranderingen in de honorering van artsen. Ook blijkt het noodzakelijk in een nieuw honoreringstelsel de kwaliteit extra in de gaten te houden. (vert.aut.ref.)

HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS.

Medicare payment for physician services.

Annals of Internal Medicine; 106, 1987, no. 1, p. 151-163, 29 lit. opgn., 1 tab.

bru nivel (c1868)

Standpunt van de commissie voor gezondheidszorgbeleid van het American College of Physicians ten aanzien van de vergoeding van diensten van artsen door Medicare. Voorbeelden van de benaderingen die door de overheid worden overwogen als alternatief voor het huidige fee-for-service-systeem zijn: het bestaande stelsel op onderdelen aanpassen; van te voren vastgestelde honoraria voor gebundelde diensten uitkeren, bijvoorbeeld op basis van diagnosis-related groups; uniforme tarieflijsten ontwikkelen; een "in-

demnity"-systeem invoeren waarbij patiënten een vast bedrag per verrichting ontvangen om de rekening van de dokter te betalen; vergoedingen verbinden met relatieve waardeschalen; artsen betalen op grond van een abonnement; een voucher-systeem invoeren. Het artikel geeft eerst een historisch overzicht van de wijze waarop Medicare artsen honoreert. Vervolgens worden de fundamentele principes en doelstellingen waarop het honoreringssysteem dient te berusten, nader aangeduid. Deze principes (het zeker stellen van een goed toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg) fungeren als criteria waaraan ieder betalingssysteem getoetst dient te worden. De verschillende benaderingen die hierboven zijn genoemd, worden in het licht van deze criteria bekeken op voor- en nadelen. Het American College of Physicians pleit voor behoud van de hoofdlijnen van het bestaande verrichtingensysteem, voor terugdringen van de prikkels om dure technologische voorzieningen aan te bieden, en voor verder onderzoek naar alternatieve honoreringssystemen.

68

HICKSON, G.B., W.A. ALTEMEIER, J.M. PERRIN.

Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study.

Pediatrics; 80, 1987, no. 3, p. 344-350, 31 lit.opgn., 3 tabn.

bru nivel (c1823)

Prospectief vergelijkend onderzoek naar de invloed van honorering door middel van salaris versus honorering per verrichting op de manier waarop artsen hun praktijk uitoefenen. Het onderzoek vond plaats in een pediatrie kliniek onder kinderartsen in opleiding. De artsen werden aselekt ondergebracht in een "salarisgroep" en een "verrichtingengroep". De opzet van de studie en de kliniek waar de studie plaatsvond maakten het mogelijk de invloed van het honoreringssysteem te isoleren van factoren als het gedrag van patiënten en hun ouders.

Artsen in de verrichtingengroep planden meer consulten per patiënt dan gesalarieerde artsen en zagen hun patiënten ook vaker in de negen maanden die de studie besloeg. Dit kwam hoofdzakelijk doordat artsen in de verrichtingengroep meer gezonde kinderen op het spreekuur kregen dan gesalarieerde artsen.

Een evaluatie van de consulten volgens de richtlijnen van het Amerikaanse kinderartsengenootschap gaf aan dat per verrichting

gehonoreerde artsen meer contacten hadden in het kader van de (preventieve) zorg voor gezonde kinderen omdat zij minder aanbevolen consulten lieten lopen, en omdat zij consulten planden die boven de officiële aanbevelingen uitstegen. Fee-for-service-artsen zorgden ook voor een betere continuïteit in de zorg dan gesalarieerde artsen doordat zij bij een groter deel van alle consulten van hun patiënten aanwezig waren en doordat zij minder aanmoedigden tot consulten bij noodgevallen.

De belangstelling van artsen voor een particuliere praktijk, die viel op te maken uit hun carriëreplannen, vertoonde een duidelijke samenhang met het aantal patiënten waarvoor zij verantwoordelijk waren, en met het aantal patiënten van de kliniek waarmee de artsen in opleiding gedurende de studie contact hadden. De wijze van honorering bleek hierop niet zo'n duidelijke invloed uit te oefenen.

De conclusie van deze studie is dat de wijze van honorering en de belangstelling van artsen voor een bepaalde praktijkvorm artsen motiveerden tot het sturen van het gebruik van poliklinische hulp door hun patiënten.

69

HSIAO, W.C., P. BRAUN, E.R. BECKER, S.R. THOMAS.

The Resource-Based Relative Value Scale: toward the development of an alternative physician payment system.

JAMA; 258, 1987, no. 6, p. 799-802, 14 lit.opgn.

nivel

Beschrijving van de opzet en methode van een studie naar de mogelijkheden van een "resource-based relative value scale". Een dergelijke relatieve waardeschaal op basis van gebruikte hulpmiddelen kan een alternatieve grondslag vormen voor het vaststellen van de vergoeding voor medische hulp en procedures aan artsen in medische en chirurgische specialismen. Bij de ontwikkeling van zo'n relatieve waardeschaal wordt rekening gehouden met de volgende factoren:

- de tijd die medische hulp en procedures in beslag nemen;
- de tijd die voorbereiding en afhandeling daarvan kosten;
- de intensiteit van specifieke diensten en procedures;
- de praktijkkosten;
- de kosten van de specialistische opleiding.

Deze vijf factoren zullen samen een relatieve waardeschaal op basis van gebruikte hulpbronnen opleveren die wordt uitgedrukt in niet-monetaire eenheden. In de beginfase van de studie zullen gegevens over tijdsbeslag en Intensiteit worden verkregen door een nationale enquête onder artsen die de te waarden hulp en procedures uitvoeren. In de tweede fase van het project (de consensusfase) zullen de onderzoekers een panel bijeenbrengen van vertegenwoordigers van de medische beroepsgroep, financieringsinstanties, consumenten en andere belanghebbende partijen. Dat panel moet onderzoeken op welke terreinen overeenstemming dan wel meningsverschillen bestaan wat betreft de toepassing van de nieuw ontworpen relatieve waardeschaal als beleidsinstrument. Definitieve resultaten van de studie worden verwacht in de zomer van 1988. (vert.aut.ref.)

70

JENCKS, S.R., A. DOBSON.

Strategies for reforming Medicare's physician payments: physician diagnosis-related groups and other approaches.

New England Journal of Medicine; 312, 1985, no. 23, p. 1492-1499, 30 lit.opgn.

bru nivel (c1798)

In dit artikel wordt het idee om artsen te honoreren aan de hand van het in de Amerikaanse ziekenhuisfinanciering reeds gehanteerde stelsel van DRG's geëvalueerd in vergelijking met andere mogelijke veranderingen in de honorering van artsen door Medicare. Beschreven worden de beleidsalternatieven die door het onderzoeksbureau van de Amerikaanse Health Care Financing Administration worden geëxploreerd. Na een beschrijving van het vigerende honoreringstelsel, de kostenverhogende prikkels die daarin zijn ingebouwd, en de randvoorwaarden voor verandering, worden drie strategieën voor een stelselwijziging besproken:

- relatieve waardeschalen, gebaseerd op het huidige, voor de bepaling van de tarieven gebruikte coderingssysteem;
- MDDRG's en andere bundelingen van voorzieningen;
- abonnementsstelsel.

Een relatieve waardeschaal is een tabel met maten die de relatieve waarde van medische procedures bepalen. Door middel van een conversiefactor wordt de relatieve waarde van procedures omgezet in een geldprijs, en zo wordt van een relatieve waardeschaal een

tarieflijst afgeleid. Volgens de auteurs kan hiermee een verbetering worden bereikt ten opzichte van het huidige honoreringssysteem, het zogenaamde "CPR", maar relatieve waardeschalen creëren geen duidelijke prikkel om efficiëntere of kleinere hoeveelheden zorg te verlenen.

In een op artsen toegepast DRG-systeem zou Medicare een globaal honorarium uitkeren voor alle verrichtingen die een arts doet gedurende een ziekenhuisopname. De hoogte van het honorarium is afhankelijk van de diagnosegroep waarbij de patiënt bij het ontslag wordt ingedeeld. Bij een dergelijk systeem wordt het toezicht op het volume van de artsenhulp overgedragen van de verzekeraar naar het ziekenhuis, de medische staf of de individuele arts. Te verwachten valt dat een DRG-systeem in de intramurale sector aanzienlijke financiële besparingen kan opleveren, maar het zou ook kunnen dat dit gaat ten koste van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

Het abonnementsstelsel is de meest elegante benadering van artsenhonorering en wordt door Medicare dan ook krachtig bevorderd. HMO's worden reeds op deze manier uitbetaald.

Voordat tussen de genoemde alternatieven een keuze kan worden gemaakt, moet volgens de auteurs een aantal vragen van een bevredigend antwoord worden voorzien. Met name het probleem van de concurrentie in de medische sector wordt genoemd. Ook is het relevant te weten of de bijkomende complicaties van een DRG-systeem de financiële voordelen wel of niet zullen tenietdoen.

71

LANGWELL, K.M., L.M. NELSON.

Physician payment systems: a review of history, alternatives and evidence.

Medical Care Review; 43, 1986, no. 1, p. 5-58, 291 lit.opgn.

nivel

Overzicht van de omvangrijke literatuur over bestaande en alternatieve honoreringssystemen voor artsen in de Verenigde Staten. Het overzicht beperkt zich tot publikaties waarin nieuw onderzoek of nieuwe conceptuele uitgangspunten worden beschreven.

In het eerste hoofdstuk komen de methoden aan de orde die in de VS het meest gebruikt worden voor het vaststellen van de hoogte van honoraria, met name de "fee screen"-methode en de "fee schedule"-methode. Nagegaan wordt welke effecten deze methoden

hebben op de inflatie van honoraria, de mate waarin artsen het Medicare-honorarium als volledig honorarium voor hulp aan Medicare-patiënten accepteren, de keuze van specialisme en vestigingsplaats, en de aard van de verstrekte hulp.

Het tweede hoofdstuk gaat in op verschillende eenheden die kunnen dienen als grondslag voor de honorering van artsen. In de literatuur treft men de volgende alternatieven aan: de procedure (honorering per verrichting); de medische casus; de ziekte-episode; abonnementshonorarium voor artsenhulp; abonnementsbetaling voor alle gezondheidszorgvoorzieningen. Beschreven worden mogelijke effecten van deze alternatieve betalingseenheden in termen van medische consumptie, kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Het laatste hoofdstuk bespreekt de vraag wie onder een nieuw systeem voor de honorering van artsen de door verzekeraars uitgekeerde tarieven in handen moet krijgen: de patiënt, de arts, de groepspraktijk of een andere instantie?

72

LOWENSTEIN, S.R., L.I. IEZZONI, M.A. MOSKOWITZ.

Prospective payment for physician services: impact on medical consultation practices.

JAMA; 254, 1985, no. 18, p. 2632-2637, 50 lit.opgn.

nivel

Het Amerikaanse Congres zal naar verwachting op korte termijn beginnen met formele beraadslagingen over het honoreren van artsen aan de hand van het systeem van diagnosegroepen (DRG's) dat in de ziekenhuisfinanciering al enige jaren wordt toegepast. In het kader van het DRG-systeem zullen artsen een vooraf vastgesteld honorarium ontvangen voor de totale patiëntenzorg gedurende een ziekenhuisopname. Rond de invoering van DRG's voor de honorering van artsen zijn veel belangrijke vragen aan de orde:

- Zal het DRG-systeem besparingen opleveren?
- Zal het DRG-systeem leiden tot een eerlijke en rechtvaardige honorering van artsen?
- Zullen artsen het stelsel omzeilen door de contraproductieve prikkels aan te grijpen die in DRG's zijn ingebouwd?
- Wat zullen de gevolgen zijn voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de voorzieningen?

In dit artikel wordt onderzocht wat voor invloed het DRG-systeem voor de honorering van artsen kan hebben op het verwijzen van patiënten en het consulteren van specialisten door eerstelijnsartsen. Hoewel niet bij voorbaat gesteld kan worden dat het consulteren van specialisten bijdraagt tot betere patiëntenzorg, lijkt er toch een duidelijk verband te bestaan. Het betreft hier activiteiten die in het verrichtingensysteem geen financiële consequenties hebben voor de verwijzende of consulterende arts, maar in het DRG-systeem wel.

73

MITCHELL, J.B.

Physician DRGs.

New England Journal of Medicine; 313, 1985, no. 11, p. 670-675, 1 fig., 5 tabn.

bru nivel (c1814)

Het vergoeden van artsen voor hulp aan ziekenhuispatiënten op basis van het DRG-systeem is een optie die wordt overwogen door federale beleidsmakers in de Verenigde Staten, maar er is weinig bekend over hoe DRG's voor artsen zouden functioneren. De auteurs hebben met behulp van Medicare-vorderingen uit vier staten simulaties uitgevoerd van mogelijke effecten. Hoewel de kosten van artsenhulp aan opgenomen patiënten per chirurgische diagnosegroep tamelijk homogeen waren, vertoonden de kosten per medische opname dramatische verschillen. Dit geeft aan dat honorering op basis van DRG's wel eens zou kunnen uitpakken als een loterij, met onrechtvaardige verliezen voor sommige artsen en ongefundeerde winsten voor anderen. Mogelijke winsten en verliezen blijken ook stelselmatig samen te hangen met het specialisme van de behandelende arts. Algemene artsen en oogartsen zouden er gemiddeld op vooruit gaan, terwijl medische specialisten en sommige chirurgische specialisten netto-verliezen zouden oplopen. Het zou kunnen dat deze verschillen worden veroorzaakt doordat ziekere patiënten binnen een gegeven diagnosegroep veelal naar bepaalde specialisten worden toegeschoven. (vert.aut.ref.)

PAULY, M.V., K.M. LANGWELL.

Physician payment reform: who shall be paid?

Medical Care Review; 43, 1986, no. 1, p. 101-132, 25 lit.opgn.

nivel

Voorstellen tot wijziging van de eenheid van betaling bij de honorering van artsen door Medicare en tot heroverweging van de huidige regelingen voor de honorering van individuele artsen roepen een belangrijke vraag op. Indien honorering plaatsvindt per ziektegeval of per ingeschreven patiënt, zal vaak meer dan één arts betrokken zijn bij de produktie van de eenheid waarop de honorering is gebaseerd. Wie moet dan de betalingen ontvangen? In dit artikel wordt ingegaan op economische en organisatorische aspecten van dit probleem.

RELMAN, A.S.

Cost control, doctors' ethics, and patient care.

Issues in Science and Technology; 1, 1985, no. 2, p. 103-111.

wvc nivel (c1842)

De kosten van de gezondheidszorg worden in sterke mate door dokters bepaald. Zij schrijven geneesmiddelen voor, bestellen diagnostische tests, en maken uit of patiënten in het ziekenhuis moeten worden opgenomen en hoe lang zij daar blijven. Toch zijn de ingrijpende hervormingen in Medicare vooral gericht op ziekenhuizen en niet op artsen. Artsen worden nog altijd retrospectief vergoed op basis van de gebruikelijke tarieven. Effectieve kostenbeheersing in ziekenhuizen vereist echter juist voor artsen prikkels tot zuinigheid. Daarom wordt overwogen het prospectieve vergoedingensysteem uit te breiden tot artsen. In dit beschouwende artikel wordt ingegaan op mogelijke consequenties. Een prospectief honoreringssysteem zou ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het is de vraag in hoeverre artsen de belangen van hun patiënten blijven behartigen, wanneer zij zelf een financieel belang hebben bij vermindering van de dienstverlening door het ziekenhuis.

SISK, J.E., P. McMENAMIN, G. RUBY, E.S. SMITH.

An analysis of methods to reform Medicare payment for physician services.

Inquiry; 24, 1987, no. 1, p. 36-47, 37 lit.opgn., 1 tab.

kub nzi nivel (c1816)

Het Congres en de Amerikaanse regering zijn bezig met een wijziging in de methode waarmee Medicare betaalt voor artsenhulp, met de bedoeling een vermindering te bereiken van de groei dan wel het absolute niveau van de Medicare-betalingen aan artsen. De auteurs hebben de implicaties geanalyseerd van vier mogelijke strategieën voor hervorming van het honoreringstelsel:

- aanpassing van het bestaande stelsel dat "gebruikelijke, gangbare en redelijke" (CPR) vorderingen uitbetaalt;
- betaling op grond van tarieflijsten;
- betaling voor pakket onderling samenhangende voorzieningen;
- betaling volgens een abonnementsstelsel.

In sommige gevallen kan er een verbetering optreden in kwaliteit of toegankelijkheid van de zorg. Het risico bestaat dat het beperken van de Medicare-uitgaven afbreuk doet aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor Medicare-gerechtigden, speciaal voor armen of zwakkeren, die kwetsbaarder zijn. Daarom vereist iedere hervorming van het honoreringstelsel dat de kwaliteit van de gezondheidszorg zorgvuldig bewaakt wordt. (vert.aut. ref.)

SLOAN, F.A.

Physician reimbursement: diagnosis and prescription.

Journal of Ambulatory Care Management; 7, 1984, no. 4, p. 72-83, 3 fign., 13 lit.opgn., 2 tabn.

knaw nivel (c1850)

Beschouwing over honoreringssystemen voor artsen in de Verenigde Staten. De wijze waarop de meeste Amerikaanse artsen gehonoreerd worden, is verre van volmaakt. Het UCR-systeem van honorering per verrichting, dat wordt gebruikt door Medicare en door een groot aantal Medicaid- en Blue Cross-fondsen, werkt kostenstijgingen in de hand. Volgens de auteur moeten de honoraria per eenheid herzien worden. Betaling volgens een abonnementsstelsel heeft vele

aantrekkelijke kanten. Als het gevaar van risicoselectie door verzekeraars en zorgverleners gemeden kan worden, is concurrentie tussen verzekeringsfondsen met abonnementsbetaling voor patiënten hoogst wenselijk.

78

SLOAN, F.A., J.W. HAY.

Medicare pricing mechanisms for physician services: an overview of alternative approaches.

Medical Care Review; 43, 1986, no. 1, p. 59-100, 66 lit.opgn.
niveau

Het vaststellen van tarieven voor artsenhulp door de overheid, zoals in het Amerikaanse Medicare-programma, wordt bemoeilijkt door een aantal tamelijk unieke eigenschappen van de markt voor artsenhulp: de zorg wordt gedeeltelijk gesubsidieerd, beslissingen omtrent de hulpvraag worden voor een belangrijk deel door hulpverleners genomen. Door beleidsmakers wordt gezocht naar een tariefsysteem dat uiteenlopende doelstellingen dient: zo min mogelijk verkwisting van middelen, optimale toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen, rechtvaardigheid ten opzichte van artsen, financiële haalbaarheid. In dit artikel worden bestaande mechanismen voor de vaststelling van artsenhonoraria besproken en wordt gekeken naar de effecten van regulering in de Verenigde Staten en elders. Vervolgens wordt een aantal mogelijkheden voor tariefregulering in het Medicare-programma nader onderzocht, te weten: handhaving van het CPR-systeem met de nodige overheidsregulering; administratieve benaderingen (gefixeerde honoraria op basis van vorderingen en op basis van kosten); marktgerichte benaderingen (waarbij de hoogte van honoraria voor een deel wordt bepaald door vraag en aanbod); onderhandelingen over tarieflijsten.

79

STEEL, J.G.

The impact of prospective payment for physician fees on medical specialists.

North Carolina Medical Journal; 46, 1985, no. 5, p. 275-276, 11 lit.
opgn.

knaw niveau (c1906)

Beschouwing over effecten die verwacht kunnen worden van een systeem van prospectieve financiering (op basis van DRG's, zoals reeds operationeel in de ziekenhuisfinanciering) voor de honorering van artsen. Besproken worden veranderingen die in de praktijkvoering van medische specialisten zullen optreden als reactie op een dergelijk stelsel. Voordeel van een prospectief honoreringstelsel is dat onredelijke honoreringsverschillen geëlimineerd worden, evenals de overdreven vergoeding voor medisch-technische ingrepen in vergelijking met consulten waarin geen ingrepen plaatsvinden. Een gevaar daarentegen is dat artsen financieel voordeel behalen van zo min mogelijk consultatieve verwijzingen naar specialisten. De kwaliteit van de zorg zou daardoor in het gedrang kunnen komen.

80

U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT.

Payment for physician services: strategies for Medicare.

Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986 (OTA-H-294).

273 p., 4 appn., fign., 588 lit.opgn., tabn.

nivel (b1633)

De dekking die het federale Medicare-programma biedt voor artsenhulp, vergroot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ouderen en gehandicapten. De betalingsmethode van Medicare heeft echter ook een grote stijging teweeggebracht in de uitgaven voor artsenhulp; deze uitgaven vormen één van de snelst stijgende posten op de begroting van de Amerikaanse regering. De methode van betaling van een "customary, prevailing and reasonable" (oftewel: gebruikelijk, gangbaar en redelijk) honorarium per verrichting leidt automatisch tot kostenstijgingen en bevat prikkels voor artsen om extra voorzieningen te gebruiken die bovendien vaak duurder zijn. Om deze uitgavenstijgingen een halt toe te roepen heeft het Congres in 1984 de tarieven voor medische verrichtingen bevroren en aan het Office of Technology Assessment opdracht gegeven een onderzoek in te stellen naar mogelijke alternatieven voor de honorering van artsen door Medicare. Dit rapport is het resultaat van dat onderzoek.

Na een samenvattend hoofdstuk begint het rapport in hoofdstuk 2 met een bespreking van de problemen in het huidige Medicare-honoreringssysteem voor artsen. Hoofdstuk 3 schetst het kader voor de evaluatie van alternatieve betalingsmethoden die wellicht de aan-

gegeven problemen het hoofd kunnen bieden. De hoofdstukken daarna richten zich op de analyse van specifieke betalingsalternatieven: aanpassingen van het huidige systeem (dat artsen een "customary, prevailing and reasonable" tarief uitkeert), betaling gebaseerd op tarieflijsten, betaling voor pakketten voorzieningen, en betaling op abonnementsbasis.

Geconcludeerd wordt dat elk van de vier strategieën om de Medicare-honorering te wijzigen voordelen, nadelen en onzekere consequenties heeft. Zo zou abonnementshonorering onder een voucher-systeem de meeste kans maken dat de Medicare-uitgaven worden beheerst zonder dat patiënten daarvan de dupe zijn, maar zo'n stelsel zou ook kunnen leiden tot het afstoten van bepaalde groepen door artsen omdat ze minder rendabel zijn. Honorering op grond van tarieflijsten zal meer toezicht op de tarieven opleveren, maar veranderingen in het volume van de aangeboden voorzieningen blijven niet te voorzien. Vergoedingen voor pakketten gebundelde voorzieningen stellen Medicare theoretisch in staat tot het beperken van de uitgaven voor specifieke pakketten, maar het geheel van de uitgaven is toch afhankelijk van de vraag op welke pakketten door patiënten een beroep gedaan wordt. Het rapport besteedt uitvoerig aandacht aan de implicaties van de verschillende honoreringssystemen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg en voor het gebruik van dure, technologisch hoogwaardige voorzieningen.

81

VLADECK, B.C.

Reforming Medicare provider payment.

Journal of Health Politics, Policy and Law; 10, 1985, no. 3, p. 513-532, 20 lit.opgn.

wvc nzi nivel (c1853)

Analyse van mogelijke verbeteringen in de financieringssystemen die worden toegepast door het Amerikaanse overheidsprogramma Medicare. Gelet wordt op de invloed van deze systemen op de kosten van de gezondheidszorg, de voorspelbaarheid van de kosten, de invloed op de toegankelijkheid van de zorg voor Medicare-patiënten, op de kwaliteit, op organisatie en verstrekking van de zorg, en op de rechtvaardigheid van de spreiding van middelen over verzekerden, zorgverleners en regio's. De analyse richt zich achtereenvolgens op de financiering van ziekenhuizen, van lange-ter-

mijnzorg, en van artsen. Tenslotte wordt de bredere problematiek van het abonnementsstelsel besproken, gevolgd door samenvattende opmerkingen en afsluitend commentaar.

82

WILENSKY, G.R., L.F. ROSSITER.

Alternative units of payment for physician services: an overview of the issues.

Medical Care Review; 43, 1986, no. 1, p. 133-156, 41 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

Bespreking van de effecten en implicaties van het toepassen van vier verschillende eenheden voor de honorering van artsen in het Amerikaanse staatsprogramma Medicare. De besproken methoden zijn honorering per procedure (per verrichting), per casus (op basis van erkende ziekteclassificaties), per episode (op basis van een nog te ontwerpen classificatie van behandelingsepisoden) en per patiënt. Deze methoden worden beoordeeld op effecten met betrekking tot kosten, risico's (wie draagt eventuele onverwachte extra kosten, de overheid, de verstrekker of de patiënt?), administratieve en beleidsmatige aspecten.

3.3 Verstrekkingsystemen en honorering

83

BERENSON, R.A.

Capitation and conflict of interest.

Health Affairs; 5, 1986 (Spring), p. 141-146, 13 lit.opgn.

wvc niveau (c1871)

Beschouwing over het belangenconflict waarmee artsen worden geconfronteerd door de wijze waarop het abonnementsstelsel in het Amerikaanse overheidsprogramma Medicare functioneert. HMO's kunnen risicocontracten met Medicare aangaan waarbij zij zich verplichten alle zorg voor de betrokken patiënt te verstrekken en te betalen. In het algemeen is het voor patiënten aantrekkelijk tot een HMO toe te treden. Voor de arts en zijn inkomen maakt het echter uit welke patiënten in de HMO zitten. Zieke en dus dure patiënten zijn voor de HMO onaantrekkelijk, omdat zij mogelijk meer kosten veroorzaken dan gedekt worden door het vaste bedrag dat Medicare uitkeert per patiënt. Dit heeft gevolgen voor de positie en het inkomen van de arts die medeverantwoordelijk is voor de financiële gang van zaken in de HMO. De auteur draagt verschillende mogelijkheden aan om dergelijke belangenconflicten te omzeilen. Te denken valt aan een andere manier om de hoogte van het abonnementsbedrag per patiënt voor de HMO te bepalen waarbij meer rekening gehouden wordt met de gezondheidstoestand van de patiënt. Ook wordt gesuggereerd de financiële prikkels in de honorering van de arts door zijn HMO-werkgever zodanig aan te passen dat de belangen van patiënten minder in het gedrang komen.

84

BURKETT, G.L.

Variations in physician utilization patterns in a capitation payment IPA-HMO.

Medical Care; 20, 1982, no. 11, p. 1128-1139, fig., 23 lit.opgn., 3 tabn.

niveau

Onderzoek in een HMO van het type "individual practice association" die een abonnementsstelsel hanteert voor de honorering van

eerstelijnsartsen. Gegevens zijn verzameld over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in individuele praktijken. Deze gegevens hebben betrekking op de aantallen ziekenhuisopnamen, bezoeken aan de arts en verwijzingen naar specialisten. Verschillen in patronen van medische consumptie tussen de praktijken zijn werden opgespoord en onderzocht op mogelijke samenhang met andere kenmerken van deze praktijken. Om te komen tot een indirecte toetsing van de doelmatigheid van de prikkels in het HMO-systeem werd de hypothese opgesteld dat in IPA-praktijken met een groter aantal HMO-patiënten, en in praktijken die al langer in de IPA waren opgenomen, de praktijkvoering het meest in overeenstemming zou zijn met de HMO-doelstelling van kostenbeheersing. Er werd een verband gevonden tussen de medische consumptie en kenmerken als het specialisme van artsen, maar de hoeveelheid HMO-patiënten en de duur van het IPA-lidmaatschap bleek niet het voorspelde effect te hebben. De resultaten van deze studie roepen verschillende vragen op die nader onderzoek verdienen als het gaat om het functioneren van IPA's van het hier beschreven model. (vert.aut. ref.)

85

COOK, J.V., RODNICK, J.E.

Evaluating HMO/IPA contracts for family physicians: one group's experiences.

Journal of Family Practice; 26, 1988, no. 3, p. 325-331, fig., 9 lit. opgn., 4 tabn.

nivel

Dit artikel brengt verslag uit van de ervaringen van een eerstelijns groepspraktijk van 15 personen met twee contracten met een IPA/HMO. Volgens deze contracten ontvangt de groepspraktijk een abonnementsbedrag per patiënt, hetgeen afwijkt van een individuele overeenkomst van een arts met een IPA waarbij de arts een honorarium per verrichting ontvangt en waarbij vaak een deel van het honorarium wordt achtergehouden. In 1986 ontving de groepspraktijk ruim 1,5 miljoen dollar aan abonnementsgelden voor het verstrekken van zorg aan ongeveer 4000 patiënten. Voor één van de fondsen kwamen de kosten hoger uit dan de inkomsten. Een analyse van eerstelijnszorg, specialistische zorg en bijkomende voorzieningen wordt gemaakt om inzicht te verschaffen in de factoren die in ogenschouw genomen moeten worden bij het evalueren van con-

tracten met een HMO/IPA. De auteurs gaan in op een elftal vragen die men zich moet stellen voor men een contract aangaat. Tevens worden richtlijnen gegeven voor toezicht op het gebruik van voorzieningen en voor kwaliteitsbewaking.

86

DANZON, P.M., W.G. MANNING, Jr., M.S. MARQUIS.

Factors affecting laboratory test use and prices.

Health Care Financing Review; 5, 1983-1984, no. 4, p. 23-32, 20 lit. opgn., 7 tabn.

knaw nivel (c1810)

Het gebruik van klinische laboratoriumtests is de laatste tien jaar meer dan verdubbeld. Waarnemers van de Amerikaanse gezondheidszorg achten deze toename buitensporig. Volgens hen is die groei te wijten aan het huidige financieringsstelsel. Dit artikel gaat na wat de effecten zijn van de huidige betalingsmethoden op het gebruik van laboratoriumtests en op de tarieven die voor dergelijke tests in rekening worden gebracht. De resultaten geven aan dat bepaalde financieringsmethoden, zoals eigen betalingen door patiënten en het HMO-concept (waarbij artsen geen extra inkomen verwerven door extra verrichtingen), leiden tot vermindering van het aantal contacten van patiënten met de gezondheidszorg, en niet zozeer tot vermindering van het aantal tests dat wordt uitgevoerd per patiënt. Daarnaast blijken artsen de maxima die zijn gesteld aan de tijd die zij aan tests besteden, gedeeltelijk te compenseren door hogere tarieven per test. Tenslotte blijkt het vergoeden van de reële kosten van intramurale voorzieningen samen te gaan met hogere tarieven in de ziekenhuislaboratoria.

87

EGDAHL, R.H., C.H. TAFT.

Financial Incentives to physicians.

New England Journal of Medicine; 315, 1986, no. 1, p. 59-61, 13 lit. opgn.

nivel (c353)

De kostenproblematiek in de Amerikaanse gezondheidszorg, in het bijzonder in ziekenhuizen, en de toenemende commercialisering im-

pliceren dat de praktijkvoering door artsen efficiënter moet worden. Dit beschouwende artikel plaatst kanttekeningen bij de vele financiële prikkels die op artsen worden losgelaten ter bevordering van de doelmatigheid. Dit geldt zowel voor artsen die per verrichting worden betaald als voor artsen die in loondienst werken. Een voorbeeld: in independent practice associations wordt soms een gedeelte van de honoraria pas uitgekeerd als artsen in een bepaald tijdvak niet teveel kosten veroorzaken. De mogelijke averechtse uitwerking van beide systemen heeft men geprobeerd te bestrijden door het instellen van intercollegiale toetsing ("professional standards review organizations"). Financiële prikkels roepen problemen op in de sfeer van de ethiek van het medisch handelen en in de sfeer van de kwaliteit. Klinische resultaten en sociale gevolgen moeten de toetssteen zijn voor de aanvaardbaarheid van financiële prikkels voor artsen.

88

EPSTEIN, A.M., C.B. BEGG, B.J. McNEIL.

The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices: relation to perceived profitability.

New England Journal of Medicine; 314, 1986, no. 17, p. 1089-1094, 23 lit.opgn., 4 tabn.

bru nivel (c1799)

In dit artikel wordt een onderzoek besproken naar de invloed van de betalingsmethode op het uitvoeren van poliklinische tests door internisten. Vergeleken worden de mate waarin patiënten met ongecompliceerde hypertensie getest worden door 10 artsen die hun praktijk uitoefenen in grote fee-for-service-groepspraktijken, en de mate waarin tests worden toegepast door 17 artsen in grote prepaid group practices. Onderzocht is het gebruik van individuele tests; bovendien is aan artsen in de fee-for-service-groepspraktijken gevraagd hoe zij dachten over het nut en de kosten van de tests.

De statistische analyse, waarbij verschillende correcties zijn aangebracht voor storende variabelen, levert op dat bij patiënten uit de fee-for-service-praktijken 50% meer electrocardiogrammen zijn toegepast en 40% meer borst-röntgenfoto's. De fee-for-service artsen zijn van mening dat beide tests zowel een groot nut als hoge kosten met zich meebrengen.

De resultaten geven aan dat het gebruik van bepaalde zeer nuttige maar ook zeer dure tests hoger ligt in fee-for-service groepspraktijken dan in vooruitbetaalde groepspraktijken. Hoewel men voorzichtig moet zijn met het generaliseren van de uitkomsten, kan op grond van deze studie worden geconcludeerd dat het op zijn plaats zou kunnen zijn om na te gaan of de honoraria voor het uitvoeren van tests veranderd moeten worden, als onderdeel van een algemenere hervorming van de tarieflijsten.

89

HILLMAN, A.L.

Financial incentives for physicians in HMOs: is there a conflict of interest?

New England Journal of Medicine; 317, 1987, no. 27, p. 1743-1748, 31 lit.opgn., 4 tabn.

bru nivel (c1820)

Veroorzaken financiële prikkels die door health maintenance organizations worden gebruikt om het gebruik van middelen en voorzieningen te beperken, een belangenconflict tussen de bezorgdheid van artsen voor hun inkomen en hun bezorgdheid voor patiënten? Om de contractuele verplichtingen van eerstelijnsartzen in HMO's te onderzoeken heeft de auteur een vragenlijst gestuurd naar alle 592 HMO's die in juni 1986, voor zover bekend, operationeel waren. In totaal hebben 302 organisaties de vragenlijst ingevuld en geretourneerd.

67% van de HMO's met een abonnementsstelsel voor de honorering van artsen en 82% van de organisaties met een verrichtingsstelsel houdt een percentage van het inkomen van hun artsen achter om mogelijke tekorten tegen te gaan, maar slechts 21% van de HMO's met artsen in loondienst doet dat. 30% van de HMO's beschikt over andere sancties naast het achterhouden van een deel van het inkomen. 18% van de HMO's stellen de teruggave van de achtergehouden bedragen afhankelijk van de prestatie van individuele artsen in plaats van de collectieve prestatie van een groep artsen. Commerciële HMO's passen minder vaak een salarissstelsel toe, houden vaker een gedeelte van het artseninkomen achter, en stellen de teruggave van dit gedeelte vaker afhankelijk van de prestaties van individuele artsen. De meeste HMO's kennen mechanismen voor winstdeling met deelnemende artsen.

De auteur concludeert dat contractuele regelingen binnen HMO's sterk variëren. Bepaalde financiële prikkels doen, in het bijzonder wanneer er meer tegelijk worden toegepast, denken aan belangenconflicten die het gedrag van artsen wellicht beïnvloeden, en die mogelijk een ongunstige invloed uitoefenen op de kwaliteit van de zorg. (vert.aut.ref.)

90

HORN BROOK, M.C., BERKI, S.E.

Practice mode and payment method: effects on use, costs, quality, and access.

Medical Care; 23, 1985, no. 5, p. 484-511, 2 fign., 90 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

De auteurs willen in dit artikel prioriteiten aanduiden in het onderzoek naar factoren die het gedrag van artsen bepalen. Daarbij wordt vooral gekeken naar de effecten van samenwerkingsverbanden van artsen, de methode van betaling door patiënten, en de wijze waarop artsen betaald worden. Men mag veronderstellen dat deze factoren (samengevat: organisatie van de medische praktijk, ziektekostenverzekering en honorering) belangrijke gevolgen hebben voor het gebruik, de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Inzicht in de betekenis van genoemde factoren is noodzakelijk indien men een beleid ter verbetering van het functioneren van artsen en van de medische sector wil opstellen en beoordelen. Behalve een overzicht van de bestaande kennis van de relatie tussen praktijkorganisatie/betalingssysteem en gebruik/kosten/kwaliteit/toegankelijkheid, geeft het artikel ook een schets van wat er nodig is aan theoretisch, methodologisch en empirisch onderzoek op dit terrein.

Begonnen wordt met een beschrijving van het kader waarbinnen de analyse van bepalende factoren voor artsengedrag dient plaats te vinden. Hiertoe wordt een model geschetst van de markt voor artsenhulp waarin structuurkenmerken en doelstellingen bepalend zijn voor het gedrag van artsen; dat gedrag oefent op zijn beurt invloed uit op het functioneren van artsen. De auteurs merken op dat als men de structuurkenmerken van de Amerikaanse gezondheidszorgmarkt bestudeert, onderscheid gemaakt moet worden tussen hoe **cliënten** (of verzekeraars) betalen voor voorzieningen, en hoe **artsen** betaald worden. Vooral in de HMO-sector kan verwarring van

verschillende variabelen ontstaan. Neem het geval van "independent practice associations": gebruikers betalen een abonnements-tarief, maar artsen worden per verrichting gehonoreerd. In sommige "prepaid group practices" (stafmodel) zijn artsen werknemers in loondienst, terwijl zij in de groepsmodel-PGP een abonnements-tarief per patiënt ontvangen.

Aansluitend op het analytisch kader wordt een beschrijving gegeven van ontwikkelingen in de artsensector in de Verenigde Staten die voor het onderzoek van belang zijn: de toename van het artsenaanbod, de veranderende verhoudingen tussen artsen en ziekenhuizen, de toename van promotie-activiteiten door aanbieders van zorg, en de groei van HMO's.

Vervolgens wordt een grote hoeveelheid vergelijkende studies naar artsengedrag onder de loep genomen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen studies die zich richten op de verschillende gebieden waar de effecten van het gedrag van artsen zich doen gelden: kosten, gebruik van voorzieningen, kwaliteit en toegankelijkheid van voorzieningen. In de laatste paragraaf komen de auteurs toe aan de onderzoeksagenda.

91

RAMSDELL, J.W.

Physician reimbursement for services to HMO-sponsored patients: an academic model.

Medical Care; 23, 1985, no. 12, p. 1315-1321, 1 fig., 8 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

Toen de medische faculteit en het medisch centrum van de University of California, San Diego, partners werden in een gezondheidszorgprogramma op basis van een abonnementsstelsel, ontstond de noodzaak de methode van betaling voor artsenhulp opnieuw te beoordelen. Bij het ontwikkelen van een nieuwe formule stelde de faculteit specifieke doelstellingen voor het programma vast; een methode werd overeengekomen die niet uitging van een vooraf vastgestelde waarde per eenheid artsenhulp, maar die afhankelijk was van de resterende abonnementsinkomsten na aftrek van de programmakosten. De formule schreef voor dat de helft van de inkomsten uit premies die bestemd waren voor de honorering van artsen, zou gaan naar eerstelijnsartsen (die werden betaald op grond van het aantal patiënten in hun praktijk), en de andere helft naar speci-

alisten (gehonoreerd op basis van klinische verrichtingen). Deze methode, in combinatie met een strenge controle op het gebruik van voorzieningen, bleek in de eerste twee jaar te resulteren in een hoeveelheid ziekenhuisopnamen en een inkomenspeil voor artsen die overeenstemden met of zelfs gunstiger uitvielen dan wat men verwacht had. (vert.aut.ref.)

92

SMITH, H.L., D.J. OTTENSMEYER, D.P. PASTERNAK.

Physician incentive compensation in group practice: a review with suggestions for improvement.

Health Care Management Review; 9, 1984, no. 1, p. 41-49, 32 lit.opgn.
nzi nivel (c1870)

Een goed ontwikkeld honoreringssysteem binnen groepspraktijken is van belang vanuit economisch oogpunt (voor de kostenbeheersing die in de gezondheidszorg in de VS en elders noodzakelijk wordt geacht), maar ook voor de tevredenheid van de artsen die in groepspraktijken werken. Er bestaan in Amerikaanse groepspraktijken verschillende methoden voor het honoreren van individuele artsen. Deze methoden worden in dit artikel besproken. Ook worden suggesties aangereikt voor het optimaliseren van de financiële prikkels die in verschillende honoreringssystemen zijn vervat.

93

WOLINSKY, F.D., W.D. MARDER.

The organization of medical practice and primary care physician income.

American Journal of Public Health; 73, 1983, no. 4, p. 379-383, app., 34 lit.opgn., 2 tabn.

nivel

Deze studie onderzoekt de invloed van de organisatie van de medische praktijk op het inkomen van eerstelijnsartsen ("primary care physicians"). Onderzocht zijn solopraktijken, fee-for-service-groepspraktijken, en verschillende HMO-organisatievormen. Er is gebruik gemaakt van geaggregeerde data met betrekking tot 2372 eerstelijnsartsen. Door middel van een multivariate regressie-analyse zijn de netto-inkomens over 1979 gecorrigeerd voor verschillen in specialisme, werkbelasting, geslacht en ervaring. On-

der de HMO-artsen blijkt alleen voor diegenen die werkzaam zijn in HMO's van het stafmodel (waarin artsen als werknemer in loondienst zijn bij de HMO) te gelden dat ze netto aanzienlijk minder verdienen dan artsen in fee-for-service-groepspraktijken. Daarom blijkt er weinig reden te zijn om in te stemmen met de wijdverbreide opvatting dat HMO-artsen minder verdienen dan artsen die per verrichting worden betaald. (vert.aut.ref.)

94

ALT-WHITE, A.C.

A comparison between salaries of nurses and other professionals in hospitals.

Nursing Administration Quarterly; 12, 1987, no. 1, p. 13-18, 17 lit. opgn., 3 tabn.

nzi nivel (c1818)

Voorlopig verslag van een studie die zich bezighoudt met basisgegevens over en veranderingen in de salarissen en werkomstandigheden van verpleegkundigen, en met collectieve arbeidsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en verpleegkundige associaties in drie Amerikaanse staten. In dit artikel worden salarissen van verpleegkundigen zoals die collectief zijn overeengekomen, vergeleken met salarissen van een aantal andere beroepskrachten in ziekenhuizen. Verpleegkundigen blijken over het algemeen minder te verdienen dan bijvoorbeeld diëtisten of maatschappelijk werkers. Getracht wordt een aantal verklaringen te vinden voor de relatief lage honorering van verpleegkundigen: weinig concurrentie op de arbeidsmarkt, veel vrouwen in het beroep, geografische immobiliteit.

95

EPSTEIN, A.M., B.J. McNEIL.

Physician characteristics and organizational factors influencing use of ambulatory tests.

Medical Decision Making; 5, 1985, no. 4, p. 401-413, 35 lit.opgn., 3 tabn.

bru nivel (c1819)

Verscheidene studies hebben aangetoond dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de frequentie waarmee artsen bepaalde diagnostische tests bestellen. In dit literatuuroverzicht wordt nagegaan wat het verband is tussen variaties in het (laten) uitvoeren van poliklinische tests en (1) kenmerken van de opleiding en praktijkvoering van artsen, en (2) organisatorische factoren, zo-

als aantal artsen in een praktijk, methode van honorering, en toegankelijkheid van technische voorzieningen.

De resultaten van eerder onderzoek geven aan dat opleiding in een specialisme, recenter afgestudeerd zijn en grote groepspraktijken factoren zijn die samenhangen met een duidelijk frequenter gebruik van tests. De informatie die beschikbaar is over andere kenmerken van artsen en organisatorische factoren (zoals de betalingsmethode) leidt niet tot eensluidende conclusies. De mate waarin variaties in praktijken voorkomen, heeft belangrijke gevolgen voor de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Volgens de auteurs moet er meer gedaan worden aan het vastleggen van de effecten van niet-medische factoren, aan het verhelderen van intermediaire factoren die hierbij een rol spelen, en van mogelijke wijzigingen die het gebruik van medische hulpmiddelen kunnen optimaliseren. (vert.aut.ref.)

96

FEINSTEIN, R.J.

Physician payment plans and conflicts of interest.

Journal of the Florida Medical Association; 73, 1986, no. 5, p. 387-389, 2 lit.opgn.

knaw nivel (c1902)

Beschouwing over mogelijke belangenconflicten waarmee artsen geconfronteerd kunnen worden in de context van verschillende honoreringssystemen. Belicht worden betaling per verrichting door de patiënt, salaris, betaling per verrichting door een derde partij en abonnementsstelsel. Wanneer artsen per abonnement worden betaald, is er de meeste kans op belangenconflicten - de economische belangen van de arts zijn strijdig met de belangen van de patiënt, die een optimale behandeling wenst.

97

FREUND, D.A.

Competitive health plans and alternative payment arrangements for physicians in the United States: public sector examples.

Health Policy; 7, 1987, no. 2, p. 163-173, 10 lit.opgn.

nivel

Het Medicaid-programma in de Verenigde Staten is op weg naar een op concurrentie gericht systeem van "managed care" waarin patiënten niet langer vrij kunnen kiezen tussen artsen, en waarin artsen prikkels ontvangen om doelmatig te werk te gaan met het ook op de kosten. De grote verscheidenheid aan concurrerende "managed care"-programma's geeft aan dat men op verschillende manieren probeert rationeel vorm te geven aan de relatie tussen consumenten en zorgverstrekkers. Er is bewijsmateriaal te vinden voor de stelling dat concurrerende programma's die artsen confronteren met een zeker financieel risico en die tevens administratieve mechanismen toepassen, meer kans hebben om besparingen op te leveren dan programma's die niet dergelijke methoden toepassen. (vert.aut.ref.)

98

GRIFFITH, H.M.

Direct third party reimbursement for nursing services: a review of legislation and implementation.

Nursing Administration Quarterly; 12, 1987, no. 1, p. 19-23, 6 lit. opgn.

nzi nivel (c1813)

Al geruime tijd pleit de American Nurses' Association voor rechtstreekse vergoedingen door derde partij-verzekeraars voor verpleegkundige hulp. In de bestaande situatie worden verpleegkundigen veelal betaald via een arts/werkgever of via het ziekenhuis waar zij in dienst zijn. De wens tot rechtstreekse honorering hangt samen met de versterking van de autonomie van het verpleegkundige beroep. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de bestaande en de op handen zijnde federale wetgeving ten aanzien van de financiering van verpleegkundige hulp. Ook wordt gekeken naar initiatieven op staatsniveau en naar de mate waarin wettelijke maatregelen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

99

KAHN, H.S., P. ORRIS.

The emerging role of salaried physicians: an organizational proposal. Journal of Public Health Policy; 3, 1982, no. 3, p. 284-292, 5 lit. opgn., 3 tabn.

knaw nivel (c1849)

Artsen in loondienst vormen in de Verenigde Staten inmiddels ongeveer de helft van de beroepsgroep die vanouds voornamelijk per verrichting wordt betaald. Het grote aantal gesalarieerde artsen is door de beroepsorganisaties, de media en de politiek tot nu toe niet op waarde geschat. Dit artikel is een pleidooi gehouden voor versterking van de positie van artsen in loondienst en voor organisatorische wijzigingen die recht doen aan de sociale en economische belangen en de dienstverlening van artsen met een salaris.

100

ROSEN, H.M., R.A. SUSSMAN, E.J. SUSSMAN.

The inclusion of capitation reimbursement in solo practice.

Journal of Public Health Dentistry; 38, 1978, no. 2, p. 184-192, 21 lit.opgn., 3 tabn.

kun nivel (c1793)

Vergoedingen volgens het abonnementsstelsel (een vast bedrag per patiënt voor een vastgestelde periode) vormen een vrij gebruikelijke methode van financiering van prepaid group practices, zowel in de somatische geneeskunde als in de tandheelkunde. Beweerd wordt dat het abonnementsstelsel de zorgverlening in gunstige zin kan beïnvloeden. Met name zou de invoering van het abonnementsstelsel impulsen verschaffen voor meer preventieve zorg, meer diagnostische voorzieningen, betere continuïteit, minder gebruik van dure voorzieningen en betere klinische resultaten.

Het onderzoek waarvan dit artikel verslag uitbrengt, richtte zich op de overheersende wijze van praktijkvoering in de Amerikaanse tandheelkunde: de solopraktijk. De bedoeling was na te gaan of bovengenoemde beweringen steekhoudend zijn. Een steekproef van 245 patiënten die vallen onder het abonnementsstelsel, werd vergeleken met een steekproef van 245 gelijkwaardige patiënten voor wie de tandarts een honorarium per verrichting ontvangt. Het ging hierbij om drie tandartspraktijken, waarin de totale zorgverlening gedurende drie jaar werd geanalyseerd.

Het aantal restauratieve ingrepen bleek bij abonnementspatiënten geringer te zijn, terwijl zij meer diagnostische tests en preventieve behandelingen ondergingen. In het abonnementsstelsel was de continuïteit ook beter, maar het aantal extracties was voor beide groepen nagenoeg gelijk. Op een aantal punten blijkt de abonnementsprikkel in de tandheelkunde dus wel degelijk te werken.

101

ROSENSTEIN, D.I., G.L. COGAN, L.P. JOSEPH.

Network capitation practices: a new concept.

Community Dentistry and Oral Epidemiology; 8, 1980, no. 7, p. 351-354, 17 lit.opgn.

kun nivel (c1821)

Het percentage van de Amerikaanse bevolking dat door een tandartsverzekering wordt gedekt, is sinds 1970 enorm gestegen. Door de toename van verzekeringen tegen tandheelkundige zorg is het steeds belangrijker geworden de context van betalingssystemen voor tandartsenhulp te onderzoeken. In 1980 zijn bijna alle verzekeringsprogramma's geënt op het verrichtingsstelsel dat tandartsen een vast bedrag voor elk type procedure terugbetaalt. Een abonnementsstelsel voor tandheelkundige zorg, dat tandartsen een vast bedrag per patiënt uitkeert ongeacht de geleverde hulp, biedt vele voordelen voor zowel patiënten als zorgverleners. Eigenlijk zou men moeten kunnen kiezen voor het abonnementsstelsel. "Netwerkabbonementen" vertegenwoordigen een nieuwe benadering van betaling voor tandheelkundige zorg. Een dergelijk programma wordt in de Verenigde Staten ontwikkeld; het zal gebruik maken van twee contracten: met een verzekeringsmaatschappij, en met een netwerk van particuliere tandartsen. De verzekeringsmaatschappij voorziet tandartspraktijken van patiënten en gelden op basis van een abonnement. Patiënten krijgen de keus tussen het verrichtingsstelsel en het abonnementsstelsel. Het netwerkabbonementsstelsel geeft solo- en groepstandartsen die per verrichting worden gehonoreerd, de kans om abonnementspatiënten in hun praktijk op te nemen. (vert.aut.ref.)

102

ROSS, C.E., J. LAURITSEN.

Public opinion about doctors' pay.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 6, p. 668-670, 10 lit.opgn., 3 tabn.

nivel

De Amerikaanse publieke opinie over de inkomens van artsen is onderzocht in een nationale aselecte steekproef van 843 respondenten. Iets meer dan 70% van de ondervraagden was van mening dat artsen worden overbetaald. Er was een hoge mate van overeenstem-

ming in dit oordeel tussen verschillende groepen, maar ouderen en blanken waren toch meer geneigd tot die opvatting dan jongeren en mensen uit niet-blanke etnische groepen. Mensen die geloven dat de Amerikaanse samenleving wordt gekenmerkt door ongelijke opleidingskansen, oneerlijke inkomensverdeling en beperkte middelen, waren ook vaker van oordeel dat artsen teveel verdienen. (vert. aut.ref.)

103

SLOAN, F.A., W.B. SCHWARTZ.

More doctors: what will they cost? Physician income as supply expands.

JAMA; 249, 1983, no. 6, p. 766-769, fig., 29 lit.opgn., 2 tabn. nlevel

In de jaren zeventig zijn de uitgaven voor artsenhulp in de Verenigde Staten met \$12,7 miljard dollar gestegen (in dollars van 1979), maar niet meer dan een vijfde hiervan kan worden toegeschreven aan een toename van het aantal artsen in verhouding tot de bevolking. De hogere uitgaven zijn voornamelijk veroorzaakt door demografische veranderingen en betere verzekeringsdekking. Ondanks de toename van het aantal artsen is het reële inkomen van individuele artsen nagenoeg constant gebleven. Dat artsen hun reële inkomen op peil konden houden, was niet waarneembaar afhankelijk van het oproepen van een onnodige vraag naar artsenhulp door artsen zelf. De auteurs voorspellen dat indien het aanbod van artsen in de jaren tachtig toeneemt met 25 tot 30%, de werkelijke betalingen aan artsen zullen stijgen met 14 tot 20 miljard dollar (in dollars van 1979). Evenals in het voorbije decennium hangt echter slechts een vijfde deel van deze toename samen met een vergroting van het artsenaanbod. Het bruto-inkomen van individuele artsen zal in de jaren tachtig waarschijnlijk zo'n 10 à 15% stijgen, maar het netto-inkomen zal weinig veranderen. (vert. aut.ref.)

STEINWALD, B.

Compensation of hospital-based physicians.

Health Services Research; 18, 1983, no. 1, p. 17-43, 43 lit.opgn., 5 tabn.

nivel

In deze studie wordt door middel van beschrijving en multivariate analyse nagegaan welke factoren bepalend zijn voor de wijze van honorering van in het ziekenhuis gevestigde artsen in vijf verschillende disciplines. De beschrijvende gegevens laten zien dat de verschillende bestaande honoreringsmethoden zonder veel verlies aan precisie herleid kunnen worden tot salaris, winstdeling (waarbij artsen een percentage ontvangen van de opbrengsten van de ziekenhuisafdeling), en honorering per verrichting. Wanneer artsen worden betaald aan de hand van een salaris of een percentage, verzorgt het ziekenhuis meestal de administratie en de inning van de honoraria bij patiënten. Bij honorering per verrichting zorgt de arts daar zelf voor. De analyse van bepalende factoren geeft aan dat zowel kenmerken van het ziekenhuis als de markt voor ziekenhuis- en artsenhulp invloed heeft op de keuze van een specifieke honoreringsmethode.

WILSON, S.E., W.P. LONGMIRE, Jr.

Does method of surgeon payment affect surgical care?

Journal of Surgical Research; 24, 1978, no. 6, p. 457-468, 1 fig., 7 lit.opgn., 8 tabn.

bru nivel (c1862)

De wijze van honorering van chirurgen heeft invloed op een aantal belangrijke aspecten van de chirurgische zorg. Volgens deze studie werd pre-operatief laboratorium- en radiografisch onderzoek vaker en minder selectief uitgevoerd door chirurgen met een salaris. Dit leidde echter niet tot een overeenkomstige verbetering in behandelingsresultaat. De meeste verschillen in behandelingsresultaat werden verklaard door sociaal-economische factoren en door verschillen in de ernst van de ziekte. In het geval van appendicitis hadden per verrichting gehonoreerde chirurgen de neiging eerder te opereren, hetgeen resulteerde in minder bijkomende complicaties. Hoewel de arts-patiëntrelatie door gesalarieerde

chirurgen het minst onderhouden werd, had dit niet het gevolg dat patiënten minder kennis hadden van de behandeling die zij ondergingen, of dat zij minder tevreden waren met de chirurgische zorg. De operatieve werkbelasting was het grootst bij chirurgen in een fee-for-service-groepspraktijk die individueel betaald werden aan de hand van salaris plus winstdeling.

106

WOODWARD, R.S., F. WARREN-BOULTON.

Physician productivity and remuneration method.

In: N.T. GREENSPAN (ed.).

Issues in physician reimbursement.

Washington, DC: Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, Office of Research, Demonstrations, and Statistics, 1981 (Health Care Financing Conference Proceedings). p. 115-134, 2 appn., 58 lit.opgn., 5 tabn.

knew

Beschrijving van een theoretisch model dat het gedrag van artsen in de context van verschillende honoreringssystemen beschrijft. Drie alternatieve systemen worden onder de loep genomen:

- een systeem waarin het inkomen van de arts op een bepaald niveau wordt verankerd, ongeacht zijn werkzaamheden ("gefixeerd inkomen");
- een systeem waarin het inkomen evenredig is met het productievolume ("op output gebaseerd inkomen");
- een systeem waarin het inkomen evenredig is met de tijd die besteed wordt aan het contact met patiënten ("op tijd gebaseerd inkomen").

Het micro-economische model dat in het artikel wordt beschreven, levert een aantal ondubbelzinnige resultaten op in termen van inkomen en gebruik van hulpmiddelen ("practice inputs") voor de verschillende honoreringssystemen. Deze resultaten vormen een stevige grondslag voor het voorspellen van de effecten van meer gecompliceerde honoreringssystemen zoals die in de realiteit voorkomen.

Aangenomen wordt dat honorering per verrichting op zijn minst gedeeltelijk gelijk te stellen is met het op output gebaseerde inkomen, en dat het salarissysteem gedeeltelijk samenvalt met het gefixeerde inkomen. De auteurs komen tot de hypothese dat artsen onder een salarissysteem minder inkomen hebben, minder werktijd

en minder kosten in verband met het werk. Gegevens uit de in 1976 gehouden Physicians' Practice Costs Survey ondersteunen de veronderstelde overheersende positie van op output gebaseerde inkomens, en de verwachte lagere verdiensten en praktijkuitgaven van artsen met een gefixeerd inkomen. Gemeld wordt ook dat de hypothese over geïnduceerde vraag door de gegevens uit genoemd onderzoek niet wordt ontkracht, en dat vrouwelijke artsen aanzienlijk lagere inkomens verdienen dan manlijke. (vert.aut.ref.)

107

WRISTON, S.

Nurse practitioner reimbursement.

Journal of Health Politics, Policy and Law; 6, 1981, no. 3, p. 444-462, 141 lit.opgn.

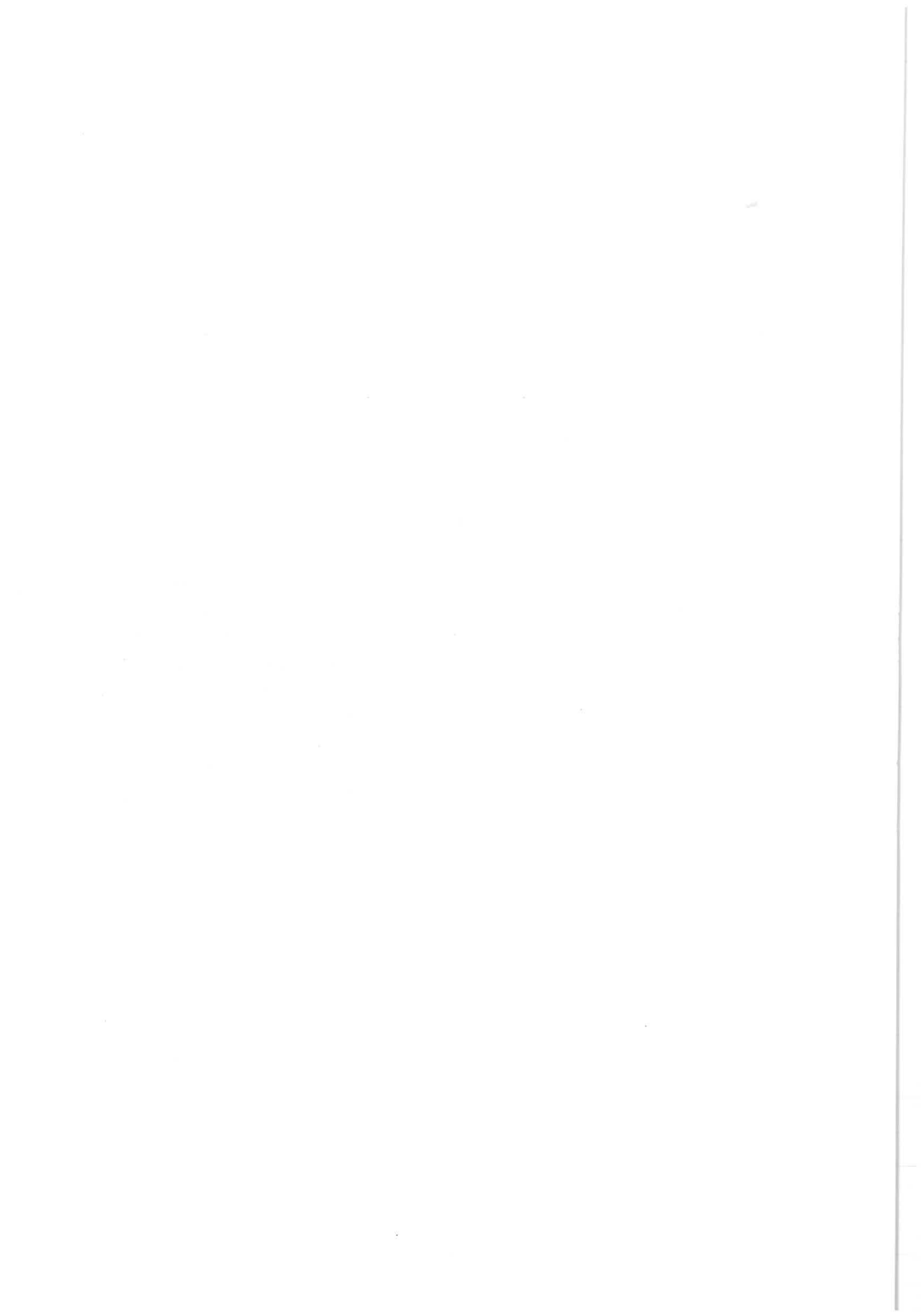
bru nivel (c1855)

Beschouwing over problemen in verband met de betaling van "nurse practitioners" in de Verenigde Staten en de in 1977 aangenomen Rural Health Clinic Services Act. Een overzicht wordt gegeven van het beleid van financiers voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze wet, gevolgd door een bespreking van een aantal van de moeilijkheden bij het implementeren van de wetgeving. Betaling door derde partijen speelt een belangrijke rol in de Amerikaanse gezondheidszorg. De bestaande honoreringmethoden van ziektekostenverzekeraars werken dure ziekenhuisopnamen en medische hulp in de hand. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de doelmatigheid van de hulpverlening en de beheersing van de kosten kunnen verbeterd worden door het doelgericht inzetten van nurse practitioners. Er zijn echter weinig ziektekostenverzekeraars, zowel particulier als vanuit de overheid, die nurse practitioners zien als volwaardige en betrouwbare hulpverleners. Het is duidelijk dat de opstelling van financiers van cruciale betekenis is voor de mate waarin mensen een beroep doen op nurse practitioners. Het belang van de Rural Health Clinic Services Act is dat deze wet voorziet in betalingen door Medicare en Medicaid aan "rural health clinics" voor zorg die wordt verleend door nurse practitioners zonder bemoeienis van een arts.

ZUCKERMAN, S., E.R. BECKER, E.K. ADAMS, R.A. MUSACCHIO, C. SRECKOVICH.

Physician practice patterns under hospital rate-setting programs. JAMA; 252, 1984, no. 18, p. 2589-2592, 14 lit.opgn., 3 tabn. nivel

De regulering door Amerikaanse staten van produktievolumes in ziekenhuizen ("hospital rate-setting programs") is eerder onderzocht, maar daarbij heeft men zich voornamelijk bezig gehouden met de mate waarin dergelijke programma's erin geslaagd zijn de toename van ziekenhuisgebruik en ziekenhuisuitgaven te beteugelen. Hoewel de meeste onderzoekers erkennen dat artsen een sterke invloed hebben op medische consumptie en uitgaven, is de regulering door de overheid in eerste instantie gericht op het ziekenhuis. Vooralsnog is onduidelijk wat voor invloed de regulering van de produktie in ziekenhuizen door Amerikaanse staten heeft gehad op artsen. Dit onderzoek geeft een voorlopige analyse van dit vraagstuk, gebaseerd op gegevens uit de jaren 1978 tot 1982. Een vergelijking van gemiddelde inkomens, honoraria en gebruik van artsenhulp in staten met een gereguleerde ziekenhuisproduktie en in staten zonder dergelijke reguleringen geeft belangrijke verschillen te zien. De gemiddelde netto-inkomens namen bijna 2% minder snel toe in staten met strikte reguleringsprogramma's. Als het klopt dat regulering van de ziekenhuisproduktie invloed heeft op artsen, zal men bij de evaluatie van reguleringsprogramma's zowel de arts als het ziekenhuis in ogenschouw moeten nemen. (vert.aut.ref.)



4. OVERIGE LANDEN

109

BARER, M.L., R. LABELLE, S. MORRIS, R.G. EVANS, G.L. STODDART.

The impact on medical services utilization of British Columbia's 1982/83 physician fee "giveback": preliminary results.

Canadian Journal of Public Health; 78, 1987, no. 1, p. 37-42, 14 lit.opgn., 6 tabn.

bru nivel (c1869)

In april 1981 kwamen artsen in de Canadese provincie British Columbia een tweejarig contract overeen met de provinciale autoriteiten dat neerkwam op een honorariumstijging van 14,5% per 1 april 1981, een verdere stijging van 8,3% per 1 augustus 1981, en een stijging van 14% per 1 april 1982. In het tweede jaar dat het contract liep, bleek de provinciale economie in problemen te zijn gekomen; er moest bezuinigd worden op de overheidsuitgaven. Na nieuwe onderhandelingen stemden de artsen in British Columbia in met het bezuinigingsprogramma door een tijdelijke verlaging van hun honoraria. Deze verlaging met 7% gold van september 1982 tot en met maart 1983 en zou volgens afspraak geen invloed hebben op de honorariumgrondslag ten dienste van de volgende onderhandelingsronden. Dit artikel bevat een voorlopige analyse van de inwerking van die "teruggave" op de kosten en het gebruik van medische hulp. Financiële gegevens per maand zijn onderzocht met betrekking tot drie jaar voor de teruggave, de teruggaafperiode zelf en het eerste jaar na de teruggave. Er vallen nauwelijks merkbare effecten te bespeuren van de, al met al betrekkelijk geringe, verlaging van de honoraria. (vert.aut.ref.)

110

COVENTRY, P., P.J. HOLLOWAY, M.A. LENNON, A.C. MELLOR.

A capitation system for the treatment of children in the General Dental Service.

British Dental Journal; 160, 1986, p. 174-177, 11 lit.opgn., 1 tab.

bru nivel (c1815)

In 1983 is door het Britse ministerie van volksgezondheid, samen met het Britse tandartsengenootschap, opdracht gegeven voor een

experiment met een abonnementsstelsel voor de behandeling van kinderen in de General Dental Service. De eerste fase, een proefonderzoek van een jaar, ging van start op 1 oktober 1984. Dit onderzoek omvatte 21 vrijwillig deelnemende praktijken waar ongeveer 19.000 kinderen uit vijf regio's in Groot-Brittannië worden behandeld. Het honoreringssysteem uit het proefonderzoek is inmiddels verder ontwikkeld en aangepast, en is nu gereed om in de praktijk getest te worden tegen het bestaande verrichtingenstelsel. (vert.aut.ref.)

111

DENTAL HEALTH SERVICES RESEARCH UNIT, UNIVERSITY OF MANCHESTER.

Capitation study: the position to date.

British Dental Journal; 160, 1986, no. 8, p. 308, 2 lit.opgn.

bru

In september 1985 is een vooronderzoek afgerond waarin op geslaagde wijze de administratieve regelingen zijn getest van een abonnementsstelsel voor de financiering van tandheelkundige zorg voor kinderen in de General Dental Service. Uitvloeisel daarvan was de opzet van een driejarig klinisch experiment, begonnen op 1 juli 1986, om het abonnementsstelsel te vergelijken met het huidige verrichtingensysteem. In deze studie zullen in de experimentele abonnementsgroep en in de controlegroep metingen worden verricht van de orale gezondheid van de deelnemende kinderen, de tevredenheid van tandartsen, ouders, administrateurs en politici met betrekking tot de twee honoreringssystemen, en tenslotte de klinische en administratieve kosten.

112

DICKINSON, J.A., J. HALL, J. LOGAN, M.L. McDONALD.

An economic model of general practice.

Medical Journal of Australia; 140, 1984, no. 11, p. 652-658, 7 lit.

opgn., 7 tabn.

kun nivel (c1860)

Volgens de publieke opinie verdienen dokters in Australië te veel, maar huisartsen klagen zelf over de achteruitgang van hun inkomen. Omdat betrouwbare gegevens over de inkomens van artsen ontbreken, is het onmogelijk uit te maken of medische honoraria

op een aanvaardbaar niveau staan en welke effecten Medicare in Australië zou kunnen hebben op de praktijkvoering van huisartsen. De auteurs stelden een economisch model op van de medische praktijk waarbij ze gebruik maakten van schattingen van inkomen en uitgaven op basis van een aantal specifieke veronderstellingen. Vervolgens werden de gevolgen onderzocht van veranderingen in verscheidene parameters van het model om te laten zien hoe economische krachten naar alle waarschijnlijkheid inwerken op het gedrag van dokters. Aangetoond wordt dat een huisarts die een gemiddeld aantal uren werkt een laag inkomen verdient, gegeven de bestaande overeengekomen honoraria. Een aantal implicaties van deze resultaten voor artsen, het vaststellen van honoraria en het publiek wordt nader onderzocht. (vert.aut.ref.)

113

GLASS, N.

The economics of general practice in England.

British Journal of Preventive and Social Medicine; 28, 1974, no. 3, p. 203-209, 4 fign., 16 lit.opgn., tab.

bru nivel (c1903)

In dit artikel wordt bekeken wat de implicaties zijn van het aantal en de spreiding van huisartsen voor de medische consumptie in de Britse National Health Service, wat de gevolgen van het honoreringssysteem zijn voor de organisatie van de huisartsenpraktijk en de werkwijze van huisartsen, en wat het effect van tijd en afstand is op de manier waarop patiënten de NHS gebruiken.

114

GRAY, D.P., A. MAYNARD, M. MARINKER.

The doctor, the patient, and their contract.

- I: The general practitioner's contract: why change it?

British Medical Journal; 292, 1986, no. 6531, p. 1313-1315, 19 lit. opgn.

- II: A good practice allowance: is it feasible?

British Medical Journal; 292, 1986, no. 6532, p. 1374-1376, 7 lit. opgn.

- III: Alternative contracts: are they viable?

British Medical Journal; 292, 1986, no. 6533, p. 1438-1440, 8 lit. opgn.

nivel

Serie van beschouwende artikelen naar aanleiding van de publicatie van het regeringsdocument **Primary health care: an agenda for discussion**. In het eerste artikel wordt besproken welke ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, de Britse samenleving en de National Health Service aanleiding geven tot herziening van het contract dat de huisarts heeft met de patiënt en de overheid. Een dergelijke herziening zal vooral in het teken staan van de aanspreekbaarheid van huisartsen op bereikte resultaten en de kwaliteit van de zorg. Het tweede artikel gaat in op het voorstel om een kwaliteitstoelage ("good practice allowance") voor huisartsen in te voeren. In het derde artikel worden voor- en nadelen van een aantal andere alternatieven beschreven. Het eerste is het terugkeren naar een honoreringsstelsel voor huisartsen dat uitsluitend wordt bepaald door abonnementsbetalingen. Het tweede is het terugvallen op betalingen per verrichting. Het derde is het kiezen voor loondienst. Het vierde alternatief komt neer op particuliere praktijken, waarbij zowel de kwaliteit als de beloning wordt bepaald door de werking van de markt. De vijfde mogelijkheid die aan de orde wordt gesteld, is het opbouwen van een nationale gezondheidsdienst die, zoals ook tegenwoordig het geval is, wordt gefinancierd uit belastinggelden, maar die vrij ondernemerschap en concurrentie combineert met kwaliteitscontrole door de medische beroepsgroep. De auteurs concluderen dat de ontwikkeling van een kwaliteitstoelage op het moment de beste keuze is voor de bevolking, de regering en de beroepsgroep.

115

GROENEWEGEN, P.P., R. WILLEMSSEN.

Naar een sterkere eerste lijn? 2: Buitenlandse ervaringen.

Utrecht: NIVEL, 1987. 64 p., fign., 60 lit.opgn., tabn.

nivel (r3174)

Dit rapport is het tweede in een serie van vier rapporten waarin versterking van de eerste lijn centraal staat. Het rapport bevat beschrijvingen van de gezondheidszorgsystemen van Finland, Denemarken en Engeland. De analyse vindt plaats aan de hand van de

thema's regionalisering, decentralisatie, echelonnering en versterking van de eerste lijn.

Bij de beschrijving van de Finse gezondheidszorg ligt de nadruk op de reorganisatie die in 1972 is doorgevoerd. Daarbij is een planningssysteem voor eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg ingevoerd, is de eerste lijn regionaal georganiseerd in "gezondheidscentra", en wordt een toenemend aandeel van de middelen naar de eerste lijn gesluisd.

Bij de beschrijving van de Deense gezondheidszorg ligt de nadruk op het thema versterking van de eerste lijn. Vooral het honoreringssysteem van de Deense huisarts is, gelet op de Nederlandse situatie, interessant. Dit systeem bevat prikkels voor een actieve rol van de huisarts met betrekking tot betrekkelijk gecompliceerde diagnostische en therapeutische handelingen.

Bij de beschrijving van de Britse gezondheidszorg wordt speciaal gekeken naar de horizontale integratie binnen de eerste lijn die in Engeland gestimuleerd is door de vorming van samenwerkingsverbanden van huisartsen en door de afstemming van het werk van extramuraal werkzame verpleegkundigen en huisartsen.

In de beschreven landen zijn tweedelijns hulpverleners in gesalarieerde dienst. De honoreringssystemen voor huisartsen zijn salaris (in Finland), gedifferentieerd abonnementshonorarium (in Groot-Brittannië) en een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnementshonorering (in Denemarken).

116

HANSEN, B.W.L.

Effekten af en afgift pa laegeydelse vurderet ved antallet af vagt-henvendelse.

Ugeskrift for Laeger; 148, 1986, no. 38, p. 2437-2439, 5 lit.opgn., 4 tabn.

kb nivel (c1904)

In Denemarken ontstond in de herfst van 1984 een conflict tussen huisartsenorganisatie en ziektekostenverzekeraars met als gevolg dat patiënten het tarief voor een consult bij de huisarts in eerste instantie uit eigen zak moesten betalen; patiënten kregen het daarmee gemoeide bedrag naderhand gedeeltelijk gerestitueerd. In dit artikel wordt een vergelijking gemaakt tussen de aantallen huisbezoeken die door huisartsen in Odense op verzoek van patiënten zijn gepleegd in het najaar van 1983 en van 1984. De medische

noodzaak van deze huisbezoeken is beoordeeld op grond van de door de arts gestelde diagnoses. De totale afname van het aantal huisbezoeken op verzoek van de patiënt bedroeg 628 oftewel 45,6%, gelijkelijk verdeeld over medisch noodzakelijke en medisch niet-noodzakelijke oproepen. Op grond van dit onderzoek wordt geconcludeerd dat het instellen van een restitutiesysteem voor de honorering van de huisarts bij huisbezoeken op verzoek van de patiënt moet worden afgeraden als men streeft naar verruiming van de mogelijkheden van patiënten om op de juiste momenten hulp te zoeken. (vert.aut.ref.)

117

JANOWITZ, B., S. WALLACE, G. ARAUJO, L. ARAUJO.

Method of payment and the cesarean birth rate in a hospital in north-east Brazil.

Journal of Health Politics, Policy and Law; 9, 1984, no. 3, p. 515-526, 11 lit.opgn., 4 tabn.

wvc nivel (c1858)

In dit artikel wordt onderzocht welke factoren samenhangen met de hoeveelheid geboorten met behulp van een keizersnede in een grote kraamkliniek in Fortaleza (Brazilië). De aandacht is gericht op factoren als medische toestand en methode van betaling. De data hebben betrekking op 5996 vrouwen die tussen oktober 1980 en juli 1981 een kind ter wereld brachten in deze kraamkliniek. De vrouwen werden geclassificeerd volgens de manier waarop zij betaalden voor de verloskundige hulp: particulier (waarbij vrouwen in ieder geval een deel van de kosten zelf moesten opbrengen), verzekerd (federaal of in de deelstaat), of onvermogend. Particuliere patiënten blijken veel meer dan vrouwen uit de twee andere groepen kans te maken op een bevalling met een keizersnede. De studie bevat redenen om te concluderen dat financiële prikkels een rol spelen bij de beslissing van artsen om een keizersnede uit te voeren. Bij particuliere patiënten kan de arts zelf zijn honorarium bepalen; hij kan dus meer vragen voor een keizersnede. Bovendien kost het wachten op een normale bevalling de arts tijd die hij kan besteden aan andere patiënten. Artsen die niet-particuliere patiënten behandelen, maken meestal deel uit van de medische staf van de kraamkliniek en ontvangen een salaris. Hun inkomen is dus niet gerelateerd aan het aantal bevallingen dat zij begeleiden.

118

MAYNARD, A.

Financing the U.K. national health services.

Health Policy; 6, 1986, no. 4, p. 329-340, 23 lit.opgn.

nivel

In dit artikel wordt een korte beschrijving gegeven van het Britse gezondheidszorgsysteem, dat naast de National Health Service een kleine particuliere sector omvat. Opgemerkt wordt dat de financiering van het stelsel in de laatste decennia slechts marginaal is veranderd. Bovendien zijn er niet veel concrete gegevens over de doelmatigheid van de zorgverstrekking in de NHS. Het is echter wel duidelijk dat de financierings- en betalingsregelingen veel (vanuit het oogpunt van doelmatigheid) ongunstige prikkels bevatten. Een aantal recente vernieuwingen die deze problemen moeten oplossen, staan ter discussie; zo ook een aantal ideeën om de organisatiestructuur en het systeem van prikkels te wijzigen. Eén van de methoden die meer perspectief biedt, is het versterken van de positie van de uitkerende instanties binnen de NHS. Deze instanties kunnen een tegenwicht vormen tegen de macht van de aanbieders van de zorg. (vert.aut.ref.)

119

MAYNARD, A.

Incentives for cost-effective physician behaviour.

Health Policy; 7, 1987, no. 2, p. 189-204, app., 32 lit.opgn., 3 tabn.

nivel

Eén van de doelstellingen van de Britse National Health Service is het bevorderen van een optimale gezondheidstoestand van patiënten, ongeacht of zij daarvoor willen of kunnen betalen. Om deze doelstelling te bereiken is het noodzakelijk te weten te komen welke procedures de meeste verbeteringen tot stand brengen in de gezondheid of in "quality adjusted life years" (QALY's), en welke procedures de schaarse middelen dirigeren naar de behandelingsmethoden met de beste kosten-QALY-verhouding. In dit opzicht kent de NHS een aantal problemen. In de NHS en elders is weinig bekend over kosten-QALY kenmerken. De structuur van de NHS en de

manier waarop zorgverleners worden gehonoreerd zijn niet ideaal: de doelstellingen zijn vaag, de structuur van het honoreringstelsel is onsamenhangend hetgeen leidt tot ondoelmatig gedrag, resultaten in termen van gezondheidstoestand zijn niet bekend vanwege het ontbreken van evaluaties van de verhouding tussen input en outcome. Om de NHS te hervormen, in het bijzonder om een doelmatiger praktijkvoering door artsen tot stand te brengen, moeten averechts werkende financiële prikkels ongedaan gemaakt worden. Daarbij moet gebruik gemaakt worden van de macht van de financier (de NHS), en van budgetteringsmaatregelen die economisch gedrag bevorderen. Het is niet duidelijk welk type prikkels zullen leiden tot resultaten die overeenstemmen met de doelen van de NHS. Daarom is het nodig zorgvuldig te experimenteren en die experimenten goed te evalueren.

120

OPIT, L.J.

The cost of health care and health insurance in Australia: some problems associated with the fee-for-service system.

Social Science & Medicine; 18, 1984, no. 11, p. 967-972, 1 fig., 15 lit.opgn., 1 tab.

nivel

Dit artikel biedt een overzicht van het systeem van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen in Australië. Benadrukt wordt de rol die het verzekeringsstelsel speelt bij de instandhouding en groei van de particuliere fee-for-service-geneeskunde. Het Medical Benefits Schedule - de overeenkomst tussen artsen en verzekeraars over medische tarieven - wordt onderzocht op de logica die in de tariefstructuur besloten is. Gesuggereerd wordt dat de relatief hoge beloningen voor medisch-technische verrichtingen in vergelijking met de beloningen voor "cognitieve" inspanningen zoals consultaties gedeeltelijk de oorzaak vormen van de snelle groei van het aantal ziekenhuisopnamen. Ook wordt gesteld dat het restitutiestelsel medebepalend is geweest voor de mankrachtverdeling tussen de medische specialismen. Verspilling van middelen en fraude zijn problemen van andere aard die samenhangen met de ingewikkelde opzet van het restitutiestelsel. De slotconclusie luidt dat het ziektekostenverzekeringstelsel en het restitutie-systeem voor een deel verantwoordelijk zijn voor de aard van de

zorgverlening en voor de onrechtvaardigheden in de financiering en verstrekking van gezondheidszorg in Australië. (vert.aut.ref.)

121

PINEAULT, R., A.P. CONTANDRIOPOULOS, M.A. FOURNIER.

Physicians' acceptance of an alternative to fee-for-service payment: a possible source of change in Quebec medicine.

International Journal of Health Services; 15, 1985, no. 3, p. 13 lit. opgn., 4 tabn.

nzi nivel (c1887)

Verslag van een onderzoek in een steekproef van artsen in Quebec aan het einde van 1981. Het doel van de studie was te beoordelen in hoeverre artsen akkoord zouden gaan met een eventuele verandering in de manier waarop zij gehonoreerd worden. Ook wilde men nagaan wat de gevolgen van zo'n verandering zijn voor de praktijkvoering van artsen en voor het bereiken van bredere gezondheidszorgdoeleinden. De resultaten die in dit artikel worden gepresenteerd, lijken in te houden dat noch het bestaande systeem van honorering per verrichting, noch een wijziging in de richting van een honorering op basis van werktijd kan aansluiten bij professionele én bij bredere beleidsdoelstellingen. Besproken wordt wat de gevolgen hiervan zijn voor het gezondheidsbeleid. (vert. aut.ref.)

122

PORTER, A.M.W., J.M.T. PORTER.

Anglo-French contrasts in medical practice.

British Medical Journal; 280, 1980, no. 6222, p. 1109-1112, 15 lit. opgn.

nivel

In deze studie wordt een vergelijking gemaakt tussen de verstrekking van gezondheidszorg in een stad in Frankrijk en in Groot-Brittannië, en wordt nagegaan wat de effecten zijn van de methode van honorering van artsen op de praktijkvoering. Gekeken wordt naar praktijkorganisatie, huisartsconsultaties, voorschrijven, arts-patiëntrelaties, mogelijkheden om medische kennis op peil te houden, consultaties van specialisten en werkbelasting, wachttij-

den en arbeidssatisfactie. Het blijkt dat de wijze van praktijkvoering in hoge mate wordt beïnvloed door fiscale factoren.

123

RODWIN, V.G.

On the separation of health planning and provider reimbursement: the U.S. and France.

Inquiry; 18, 1981, no. 2, p. 139-150, 1 fig., 45 lit.opgn.

nzi nivel (c1867)

Beleidsmakers op het terrein van de gezondheidszorg in Frankrijk en de Verenigde Staten hebben gemeen dat zij trachten de planning van de gezondheidszorg te verbinden met mechanismen voor de honorering van zorgverleners en de financiering van voorzieningen, dat zij hun controle over de verdeling van gezondheidszorgvoorzieningen proberen te vergroten, en de stijgende kosten proberen te beperken. De vraag wordt opgeworpen hoe deze problematiek ontstaan is in de context van de Franse nationale ziektekostenverzekering en wat eraan is gedaan. Om de genoemde vragen te beantwoorden wordt allereerst een analyse gemaakt van de pogingen tot planning van de gezondheidszorg in de VS. Vervolgens wordt het belang toegelicht van samenhang tussen planning en honorering/financiering. Tenslotte worden de ervaringen met gezondheidszorgplanning in Frankrijk geëvalueerd.

124

RODWIN, V.G.

The marriage of national health insurance and **la médecine libérale** in France: a costly union.

Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 59, 1981, no. 1, p. 16-43, 71 lit.opgn., tab.

nivel

In Frankrijk zijn de problemen met het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg, net als in de Verenigde Staten, schijnlijk onoplosbaar. De ongerijmde combinatie van particuliere zorgverlening (**la médecine libérale**) en overheidsfinanciering (nationale ziektekostenverzekering) is in de hand gewerkt door concurrerende en strijdige uitgangspunten: solidariteit en liberaalpluralisme. Dit "huwelijk" van verschillende ideologieën heeft de

Frans gezondheidszorg op kosten gejaagd, en de pogingen om de kostenstijgingen af te remmen zijn uitgelopen op een politieke impasse. In dit artikel worden deze ontwikkelingen beschreven in de context van de ontwikkeling van het Franse gezondheidszorgbeleid en het Franse financieringssysteem. Uitvoerig wordt er aandacht besteed aan de honorering van artsen in Frankrijk en de prikkels die in het honoreringssysteem zijn opgesloten.

125

RYAN, M.

Remuneration of Soviet medical personnel.

British Medical Journal; 294, 1987, no. 6583, p. 1340-1341, 5 lit. opgn.

nivel

Beschouwing over veranderingen die zijn aangebracht in het salarissysteem voor artsen in de Sovjet-Unie. In 1984 zijn de salarissen voor het personeel in de gezondheidszorg verhoogd; tot dan toe waren ze lager dan het nationaal gemiddelde de gezondheidszorg in de ogen van de autoriteiten een "niet-productieve" sector is. Salarisverhogingen worden afhankelijk gemaakt van prestaties en van de kwaliteit van het werk.

126

SECRETARIES OF STATE FOR SOCIAL SERVICES, WALES, NORTHERN IRELAND, AND SCOTLAND.

Primary health care: an agenda for discussion.

London: Her Majesty's Stationery Office, 1986. 61 p., 3 appn., 13 fign.

nivel (r3237)

De eerstelijnsgezondheidszorg in Groot-Brittannië heeft een sleutelrol gespeeld in het verbeteren van de volksgezondheid, niet alleen door het behandelen van ziekte, maar ook door preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. In dit rapport worden wegen uitgestippeld die de Britse eerstelijnsgezondheidszorg volgens de regering zou moeten bewandelen. Geformuleerd worden verschillende doelstellingen en voorstellen om die te bereiken. Deze voorstellen hebben voor een deel betrekking op de honorering van artsen en ander gezondheidspersoneel. Zo moeten er volgens de re-

gering financiële prikkels in het systeem worden ingebouwd die aansporen tot verbetering van de kwaliteit van de zorg. In appendix 2 wordt beschreven hoe artsen, tandartsen, apothekers en opticiens in de eerstelijns tegenwoordig worden betaald.

127

STONE, D.A.

The limits of professional power: national health care in the Federal Republic of Germany.

Chicago, etc.: University of Chicago Press, 1980. 212 p., 3 fign., index, 71 lit.opgn., 30 tabn.

nivel (b858)

In geïndustrialiseerde samenlevingen zijn regeringen wat betreft de uitvoering van gezondheidszorgbeleid sterk afhankelijk van de verstrekkers van die zorg. De medische beroepsgroep heeft daardoor een aanzienlijke politieke macht. In dit boek worden drie strategieën onderscheiden die door regeringen worden toegepast om kosten, kwaliteit en volume van gezondheidszorgvoorzieningen te beheersen. De eerste, en meest drastische strategie behelst het in dienst nemen van medici als gesalarieerde ambtenaren. Een tweede strategie is het opleggen van verplichte intercollegiale toetsing. De derde strategie komt erop neer dat de overheid de medezeggenschap van concurrerende belangengroepen stimuleert, meestal in de vorm van grote groepen patiënten die in theorie sterk en rijk genoeg zijn om te onderhandelen met artsen.

Dit boek gaat over het Westduitse systeem dat in hoge mate steunt op de tweede en derde strategie. In de Bondsrepubliek bestaat een contractueel stelsel van door de overheid opgelegde intercollegiale toetsing en gelijkwaardige belangengroepen in de vorm van ziekenfondsen (patiëntenorganisaties) en verenigingen van ziekenfondsartsen (waarvan het lidmaatschap verplicht is voor artsen). Bestudeerd worden de invloeden van artsen met een eigen praktijk en artsen die in het ziekenhuis werken, en de contractonderhandelingen tussen ziekenfondsen en artsen. Het Westduitse systeem wordt vergeleken met de wijze waarop de gezondheidszorg in de Verenigde Staten gereguleerd wordt.

In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op het aspect van de honorering. Al sinds 1932 verloopt de honorering in Duitsland aan de hand van een twee-staps-procedure. In eerste instantie betalen ziekenfondsen aan de artsenorganisaties een bepaalde som in ruil

voor de hulp die wordt geboden aan fondsleden. Deze totale som wordt door de artsenorganisatie onder haar leden verdeeld. Deze verdeling is gebaseerd op een tarieflijst en op het aantal verrichtingen per arts. Zowel de omvang van de totale som die de artsenorganisaties ontvangen, als de hoogte van de honoraria per verrichting wordt door middel van onderhandelingen overeengekomen.

128

WOLFE, S., R.F. BADGLEY.

How much is enough? The payment of doctors: implications for health policy in Canada.

International Journal of Health Services; 4, 1974, no. 2, p. 245-264, 19 lit.opgn., 10 tabn.

nzi nivel (c1905)

Onderzoek naar artseninkomens en inkomensverschillen tussen verschillende categorieën artsen in Canada. Het Canadese systeem van federaal-provinciale gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen is gebent op vrij ondernemerschap dat in essentie is gebaseerd op honorering per verrichting. In een gedetailleerde bespreking van het aanbod en de spreiding van Canadese artsen spreken de auteurs hun bezorgdheid uit over het al te simplistische gebruik van dokter-populatie-verhoudingen bij de beroepskrachtenplanning. Zij betonen zich voorstanders van beperking van de immigratie van buitenlandse afgestudeerde artsen, beëindiging van het bestaande open-einde-honoreringssysteem, en instelling van artsenquota per provincie. Steun wordt uitgesproken voor de oprichting van gemeentelijke gezondheidscentra als onderdeel van de herstructurering van de Canadese gezondheidszorg onder een nationaal systeem van ziektekostenverzekeringen.

129

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (I) Het Verenigd Koninkrijk.

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 2, p. 15-17.

bru nivel (c1418)

De samenstelling van het honorarium van Engelse huisartsen is overzichtelijk, flexibel en bevat interessantere aangrijpingspunten voor onderhandelingen dan het uniforme honorarium in Nederland. Het terugbetalen van belangrijke praktijkkosten op basis van in werkelijkheid uitgegeven bedragen doet rechtvaardig aan, evenals het ontbreken van goodwillbetalingen. Prikkel tot praktijkverkleining zijn afwezig; daarvoor zorgen de maximale praktijkomvang van 3500 zielen en de **competition fee**. Schaalvergroting wordt daadwerkelijk gestimuleerd, solo-huisartsen vormen een kleine minderheid. Het naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerde honorarium en de niet onaanzienlijke vergoeding voor anti-conceptie en pre- en postnatale zorg houden rekening met het feit dat de werkbelasting niet voor iedere patiënt gelijk is. Oudere huisartsen worden duidelijk gestimuleerd om te blijven praktiseren. Net als in Nederland vormt het stelsel geen stimulans tot het doen van complexe diagnostisch-therapeutische verrichtingen. Deze activiteiten worden, als gevolg van de veel sterkere inperking van de tweedelijnszorg, niet als vanzelf door specialisten overgenomen.

130

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (II) België.

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 3, p. 13-15.

bru nivel (c1419)

In België is de gehele gezondheidszorg gebaseerd op betaling per verrichting. Specialisten zijn direct toegankelijk, er is een collectieve verzekering met bijbetaling door de gebruiker, en regulering van het aantal beroepsbeoefenaren ontbreekt volledig. De concurrentie is dus scherp. Het is voor de huisarts van belang omzet te maken. Het vrije marktsysteem heeft gezorgd voor uiterst middelmatige huisartseninkomens. De Belgische huisarts is een solist die ook nauwelijks gebruik maakt of kan maken van de voordelen van schaalvergroting; dat is voor een verrichtingensysteem eigenlijk bijzonder.

131

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (III) De Duitse Bondsrepubliek.

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 4, p. 15-17, lit.opgn.
bru nivel (c1420)

De huisarts neemt in Duitsland naast de specialist een vrij autonome positie in. De aanpak in de huisartspraktijk is grootschalliger dan elders en vereist een groot organisatietalent. De relatie tussen arts en patiënt wordt hierdoor niet gestimuleerd, maar financieel varen artsen in de Bondsrepubliek er wel bij.

132

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (IV) Denemarken (buiten Kopenhagen).

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 5, p. 17-19, lit.opgn., tab.
bru nivel (c1421)

Men kan met betrekking tot Denemarken niet van één systeem van gezondheidszorg spreken. Binnen Kopenhagen lijkt het systeem sterk op het Britse: huisartsen worden per abonnement betaald en specialisten zijn in loondienst. Buiten Kopenhagen wordt de huisarts gedeeltelijk per verrichting gehonoreerd. De honorering van de Deense huisarts verschaft hem de mogelijkheid om een uitgebalanceerde medische eerstelijnsfunctie uit te oefenen. De zorg voor chronisch zieken, alsmede de preventieve zorg voor zwangere, zuigelingen en kleuters, is geheel in handen van de huisarts. De sterke inperking van de tweedelijnszorg en vooral van de gesalarieerde specialist is hiervoor minstens zo belangrijk als de honorering van de huisarts. De hoogte van de omzetten in Deense huisartspraktijken wijst niet op overproductie.

133

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (V) Denemarken: Kopenhagen.

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 8, p. 14-15.
bru nivel (c1422)

De honorering van de Kopenhaagse huisarts lijkt sterk op die van de Nederlandse huisarts: één abonnementstarief voor alle verzekerden, geen differentiatie. Wel wordt de huisarts in Kopenhagen extra gehonoreerd voor contacten tussen 4 uur 's middags en 8 uur 's ochtends, voor preventieve zorg en voor sociaal-medische zorg. Hoewel de Kopenhaagse praktijken iets groter zijn ligt de omzet van Kopenhaagse huisartsen gemiddeld 35% lager dan in de rest van Denemarken. Opvallend is in Kopenhagen het geïnstitutionaliseerde waarnemingsstelsel.

134

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (VI) Zweden.

Praktijkmanagement; 1, 1985, no. 9, p. 13-15, 13 lit.opgn.

bru nivel (c1423)

In Zweden kun je eigenlijk niet van "huisartsen" spreken. Zweden is van oudsher een typisch ziekenhuisland. De districtsverpleegkundige is de spil waar het in de Zweedse gezondheidszorg bij de eerste opvang om draait. Deze selecteert de patiënten ter verwijzing naar het ziekenhuis of naar de districtsarts. Naast de (gesalarieerde) districtsartsen, die in zekere zin huisartsentaken vervullen, zijn er, vooral in de grotere steden, ook vrij gevestigde artsen. Vrij gevestigde artsen zijn de enigen die ambulante zorg verlenen in de Zweedse planningmaatschappij waar de ziekenhuissfeer dominant aanwezig is.

135

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (VII) Frankrijk.

Praktijkmanagement; 2, 1986, no. 4, p. 18-20, 4 lit.opgn.

bru nivel (c1422)

De Franse huisartsen hebben veel gemeen met de Belgische. Net als in België is de honorering per verrichting het belangrijkste systeem. Particuliere patiënten zijn er niet, maar wel 'particuliere' artsen, die hogere tarieven mogen rekenen. De huisartsendichtheid is hoog, het gemiddelde inkomen lager dan in Nederland. Het beroep van huisarts is weinig beschermd en slecht omschreven.

De concurrentie tussen artsen is fel, er zijn grote verschillen in prestige en inkomen. Net als in België verliest de huisarts in zekere mate terrein aan gynaecologen, kinderartsen en internisten. Huisartsen zijn echter ook in Frankrijk de enige artsen die op huisbezoek komen.

136

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (VIII) Italië.
Praktijkmanagement; 2, 1986, no. 8, p. 12-13,16.

bru nivel (c1417)

Italiaanse huisartsen verdienen aanzienlijk minder dan Nederlandse, maar hebben ook minder verplichtingen. Bereikbaarheid 's nachts en in het weekeinde (op een deel van de zaterdag na) behoort niet tot hun taak, en kinderen tot zes jaar vallen niet onder de zorgen van huisarts, maar van de kinderarts. Het Italiaanse systeem van gezondheidszorg is overzichtelijk en veel minder verbrokkeid dan het onze. De enorme toevloed van artsen echter vormt een bedreiging voor de stabiliteit van de Italiaanse gezondheidszorg. En de lage status van de huisartsgeneeskunde is een belemmering voor een goede invulling van de belangrijke positie die in de structuur van de Italiaanse gezondheidszorg aan de huisarts is toegedacht. (aut.ref.)

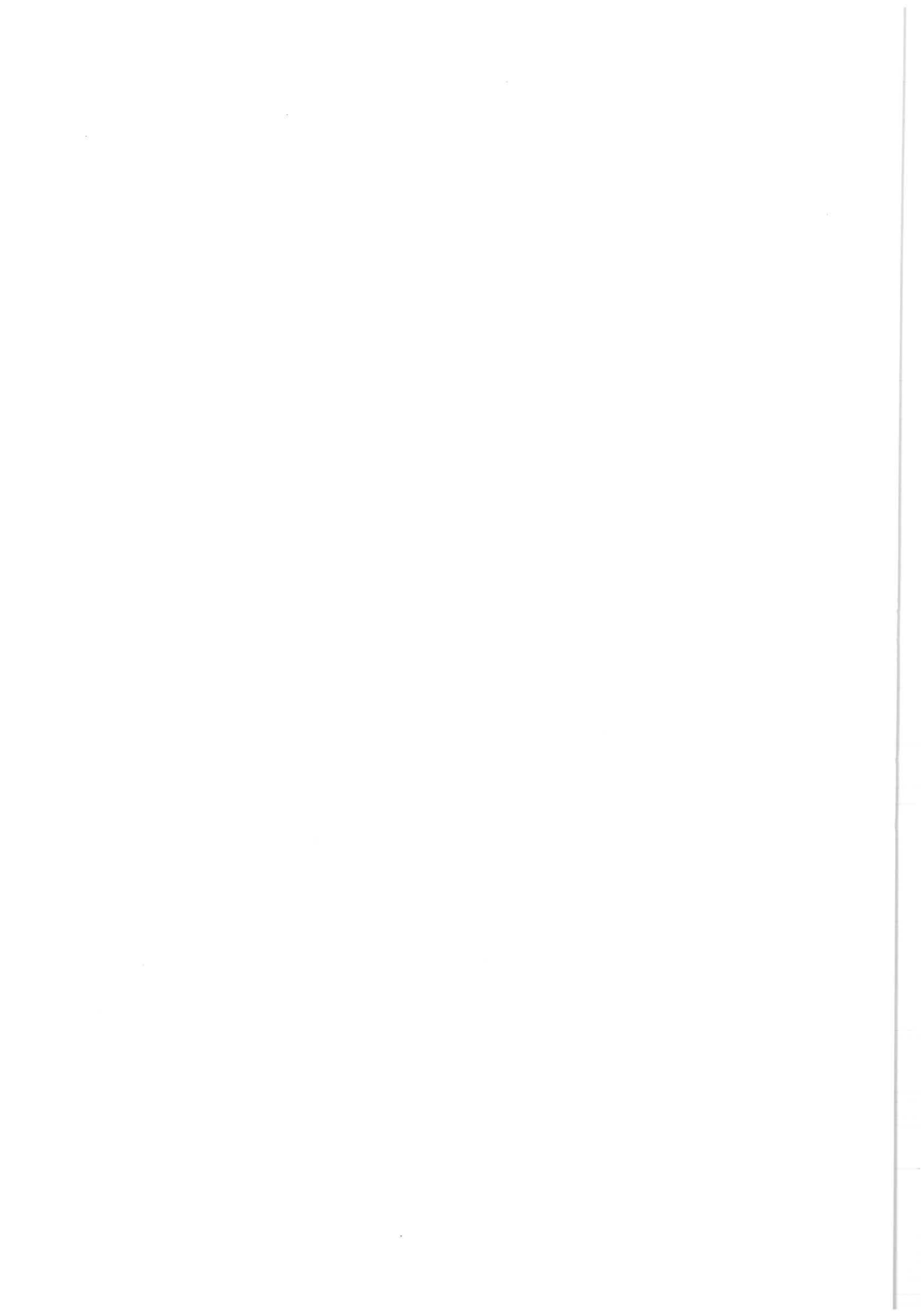
137

ZEE, J. VAN DER.

Wat verdient de huisarts in het buitenland? (IX) Oostenrijk.
Praktijkmanagement; 3, 1987, no. 4, p. 14-15,18.

bru nivel (c1941)

De Oostenrijkse huisarts is deels te vergelijken met de Duitse. Een opvallend verschil met Nederland is het feit dat allerlei regelingen van deelstaat tot deelstaat verschillen. De gemiddelde Oostenrijkse huisarts is solist en heeft een praktijkomvang vergelijkbaar met Nederland. Over het inkomen bestaan niet al te veel gegevens, maar al met al lijkt de positie van de huisarts in Oostenrijk niet zo slecht. (aut.ref.)



Autteursregister

A

Abel-Smith, B.
1, 2
Adams, E.K.
108
Altemeier, W.A.
68
Alt-White, A.C.
94
Araujo, G.
117
Araujo, L.
117

B

Bachmann, J.M.
40
Badgley, R.F.
128
Baptist, A.J.
40
Barer, M.L.
109
Becker, E.R.
69, 108
Begg, C.B.
88
Berenson, R.A.
65, 83
Berki, S.E.
90
Blackburn, J.
56
Bluck, J.
46

Blumberg, B.D.
55
Bode, W.A.
8
Boerma, W.G.W.
9
Braun, P.
69
Brook, R.H.
66
Burkett, G.L.
84
Burney, I.
60

C

Cogan, G.L.
101
Contandriopoulos, A.P.
121
Cook, J.V.
85
Cooper, D.D.
56
Coventry, P.
110
Culler, S.
61

D

Danzon, P.M.
86
Davidson, R.C.
41

Dental Health Services Research
Unit, University of Manchester

111

Derksen, W.

10

Der, W.

58, 59

Dickinson, J.A.

112

Dobson, A.

70

E

Egdahl, R.H.

87

Ehrenfried, D.

61

Eisenberg, J.M.

62

Epstein, A.M.

88, 95

Ernst, R.L.

58, 59

Estes, E.H., Jr.

42

Evans, R.G.

109

F

Feinstein, R.J.

96

Fournier, M.A.

121

Freund, D.A.

97

G

Gaag, J. van der

30

Gabel, J.R.

43, 63

Gerritsen, H.J.

11

Glaser, W.A.

3

Glass, N.

113

Godt, P.J.

4

Gray, D.P.

114

Griffith, H.M.

98

Groenewegen, P.P.

12, 13, 115

Groot, L.M.J.

14, 15

H

Hadley, J.

44, 46, 48, 64, 65

Hagenstein-'t Mannetje, M.P.

21

Hall, J.

112

Hamel, J.

20

Hammons, G.T.

66

Hansen, B.W.L.

116

Hay, J.W.

58, 59, 78

Heesters, J.

17

Heesters, J.P.

16

Hickman, P.

60

Hickson, G.B.

68

Hillman, A.L.

89

Hofland, J.

18

Hogenhuis, R.J.A.

19

Holahan, J.

44, 45, 46, 47

Holloway, P.J.

110

Hornbrook, M.C.

90

Health and Public Policy Committee, American College of Physicians

67

Hsiao, W.C.

69

I

Iezzoni, L.I.

72

IJsbrandy, C.M.

38

J

Janowitz, B.

117

Jaspers, F.

20

Jencks, S.R.

70

Joseph, L.P.

101

K

Kahn, H.S.

99

Kerkhoff, A.H.M.

21

Kesenne, J.

17

Koole,

P. 22

L

Labelle, R.

109

LAD

23

Langwell, K.M.

71, 74

Lauritsen, J.

102

Lee, R.

46

Lee, R.H.

48

Lennon, M.A.

110

Lis, R.

52

Ljung, G.M.

56

Logan, J.

112

Longmire, Jr., W.P.

105

Long, S.H.

49

Lowenstein, S.R.

72

LSV

23

M

Manning, Jr., W.G.
86
Marder, W.D.
93
Marinker, M.
114
Marquis, M.S.
86
Martin, S.G.
56
Maynard, A.
114, 118, 119
McDonald, M.L.
112
McMenamin, P.
76
McNeil, B.J.
88, 95
Mellor, A.C.
110
Meulen, P. van der
24
Mitchell, J.B.
73
Morris, S.
109
Moskowitz, M.A.
72
Musacchio, R.A.
108
Myers, L.P.
62

N

Nederstigt, P.
25
Nelson, L.M.
71

Newhouse, J.P.
66
Nuyens, W.J.F.I.
32

O

OECD
5
Oostveen, P.H.M.
6
Opit, L.J.
120
Orris, P.
99
Ortbals, D.W.
50
Ottensmeyer, D.J.
92

P

Paradise, J.
60
Paringer, L.
52
Pasternak, D.P.
92
Pauly, M.V.
62, 74
Perrin, J.M.
68
Pijnacker Hordijk, E.H.
26
Pineault, R.
121
Porter, A.M.W.
122
Porter, J.M.T.
122

R

Ramsdell, J.W.
 91
 Redisch, M.A.
 63
 Reinhardt, U.E.
 7
 Reitsma, B.J.
 8
 Relman, A.S.
 75
 Rens, J.W.G.A. van
 29
 Rice, T.H.
 43, 51
 Rodnick, J.E.
 85
 Rodwin, V.G.
 123, 124
 Rosenstein, D.I.
 101
 Rosen, H.M.
 100
 Rossiter, L.F.
 82
 Ross, C.E.
 102
 Ruby, G.
 52, 76
 Rutten, F.F.H.
 30
 Ryan, M.
 125

S

Scanlon, W.
 44, 46
 Scheffler, R.M.
 52, 53
 Schieber, G.
 60

Schrijvers, G.
 20
 Schroeder, S.A.
 54, 55
 Schwartz, J.
 55
 Schwartz, W.B.
 103
 Secretaries of State for Social
 Services, Wales, Northern
 Ireland, and Scotland
 126
 Settle, R.F.
 49
 Showstack, J.A.
 54, 55
 Shwartz, M.
 56
 Sisk, J.E.
 76
 Sloan, F.A.
 57, 77, 78, 103
 Smith, E.S.
 76
 Smith, H.L.
 92
 Spreeuwenberg, C.
 24
 Sreckovich, C.
 108
 Starmans, P.M.W.
 31
 Steel, J.G.
 79
 Steinwald, B.
 104
 Stoddart, G.L.
 109
 Stone, D.A.
 127
 Stuart, B.C.
 49

Sussman, E.J.

100

Sussman, R.A.

100

T

Taft, C.H.

87

Thomas, S.R.

69

Tits, M.H.L. van

32

U

U.S. Congress, Office of Techno-
logy Assessment

80

V

Ven, W.P.M.M. van de

33, 34

Visser, G.C.

35

Vladeck, B.C.

81

Voss, G.

25

W

Wallace, S.

117

Wal, G. van der

36

Warren-Boulton, F.

106

Werkgroep Inkomens Vrije-Be-
roepsbeoefenaren

37

Whalen, B.J.

56

Wilensky, G.R.

82

Willemsen, R.

115

Wilms, P.J.M.

18

Wilson, S.E.

105

Wolfe, S.

128

Wolinsky, F.D.

93

Woodward, R.S.

106

Wriston, S.

107

Y

Yett, D.E.

58, 59

Z

Zee, J. van der

12, 13, 129, 130, 131, 132,
133, 134, 135, 136, 137

Zuckerman, S.

108

A

aanbod-geïnduceerde vraag
18, 30, 44, 51, 106

abonnementsstelsel
1, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 15,
16, 18, 20, 22, 27, 28, 30,
31, 33, 35, 36, 38, 41, 44,
63, 66, 67, 70, 71, 74, 76,
77, 80, 81, 82, 83, 84, 85,
89, 90, 91, 96, 100, 101,
110, 111, 114, 115, 132,
133

apothekers
11

arbeidsvoorwaarden
8

arts-patiënt relatie
23, 105, 122, 131

attitude
121

Australië
112, 120

B

behandelingsresultaten
105

België
13, 17, 18, 130

bereikbaarheid
45, 49, 136

beroepskrachtenplanning
128

beroepssatisfactie
29, 92, 111, 122

beroepsuitoefening
7, 113

bonus-malus-systeem
28, 32

Brazilië
117

budgettering
15, 23, 28, 33

C

Canada
7, 44, 109, 121, 128

case payment
3, 6, 7, 41, 61, 64, 66, 67,
70, 71, 73, 74, 76, 79, 80,
82

chirurgie
105

classificatie
25

commercie
1, 62, 78, 87, 89, 90, 114

concurrentie
1, 58, 70, 77, 78, 87, 90,
97

consultaties
72

continuïteit van de zorg
3, 68, 100

D

decentralisatie
115

Denemarken
115, 116, 132, 133
diagnosis-related groups
25, 40, 61, 66, 67, 70, 72,
73, 79
dienstverband
3, 8, 9, 10, 14, 20, 23, 29,
33, 87, 89, 90, 99, 106
diëtisten
94
differentiëring
10, 27, 36
doelmatigheid
5, 15, 28, 55, 63, 64, 87,
118

E

echelonnering
115
eerstelijnsgezondheidszorg
41, 42, 53, 84, 85, 91, 93,
126
eigen betalingen
86
ethische aspecten
75, 83, 87, 89, 96
evaluatie
3, 78, 80, 90, 123
experimenten
27, 43, 51, 66

F

fee schedules
45, 47, 50, 55, 57, 64, 65,
66, 67, 69, 70, 71, 76, 78,
80, 88

fee screens
40, 45, 47, 48, 55, 59, 64,
71, 76, 77, 78, 80

Finland

115

Frankrijk

2, 3, 4, 7, 122, 123, 124,
135

fysiotherapie

21

G

geneesmiddelen

2, 11, 122

gezondheidscentra

9

gezondheidstoestand

68, 111

gezondheidszorgsystemen

2, 3, 5, 13, 18, 115, 118,
119, 120, 134, 136

goodwill

16, 20

groepspraktijken

9, 85, 92, 93, 95, 101, 105

Groot-Brittannië

2, 3, 7, 110, 111, 113, 114,
115, 118, 119, 122, 126, 129

GVO

126

H

health maintenance organizations

66, 83, 84, 85, 88, 89, 90,
93, 100

herstructurering

4, 33, 35, 39, 58, 60, 64,
65, 66, 70, 76, 88, 121, 128

honorering per verrichting
1, 3, 6, 7, 10, 12, 16, 18,
20, 22, 30, 31, 33, 35, 38,
41, 42, 43, 44, 45, 48, 55,
59, 63, 65, 66, 67, 68, 70,
71, 76, 77, 78, 80, 82, 85,
86, 87, 88, 89, 90, 91, 93,
96, 101, 104, 105, 106, 110,
114, 115, 117, 120, 121,
127, 128, 132, 137

honorering per ziekte-episode
71, 82

honoreringsovereenkomsten
3, 7, 16, 46, 64, 78, 85,
94, 109, 112, 114, 120, 127

huisartsen
2, 3, 6, 9, 10, 12, 16, 18,
19, 20, 24, 27, 30, 32, 34,
36, 38, 12, 116, 127, 129,
130, 131, 132, 133, 134,
135, 136, 137

huisartsgeneeskunde
114, 136

huisbezoek
3, 116, 135

hulpvraag
30, 36, 78

I

individual practice associations
84, 85, 87, 90

inkomen
3, 5, 14, 16, 19, 38, 44,
47, 52, 58, 59, 62, 71, 89,
91, 93, 94, 102, 103, 106,
108, 112, 128, 129, 130,
131, 132, 133, 134, 135,
136, 137

intercollegiale toetsing
87

internationaal vergelijkend
onderzoek
5, 7

Italië
3, 7, 136

K

keizersnede
117

kinderen
68, 110, 111

kosten
6, 16, 20, 25, 29, 31, 45,
47, 60, 62, 64, 65, 67, 71,
73, 80, 81, 82, 90, 95, 103,
109, 111, 123

kostenbeheersing
2, 4, 6, 15, 18, 21, 28, 46,
58, 72, 75, 76, 77, 80, 84,
92, 107, 108, 124

kwaliteit van de zorg
3, 6, 15, 20, 35, 36, 55,
57, 60, 62, 66, 67, 70, 71,
72, 75, 76, 79, 80, 81, 85,
87, 89, 90, 95, 114, 126

L

laboratoriumonderzoek
50, 51, 54, 62, 86, 88, 95,
105

M

maatschappelijk werkenden
94

managed care
97

mankracht
2, 3, 13, 113, 120

Medicaid
40, 45, 46, 47, 49, 50, 56,
77, 97, 107

Medicare
40, 43, 46, 47, 50, 51, 58,
60, 61, 62, 64, 66, 67, 70,
71, 73, 75, 76, 77, 78, 80,
81, 82, 83, 107

medische consumptie
13, 18, 20, 21, 28, 30, 33,
43, 45, 46, 51, 56, 58, 62,
63, 68, 69, 70, 71, 75, 80,
84, 85, 86, 90, 91, 95, 100,
108, 109, 122

medische technologie
50, 54, 55, 62, 67, 79

N

nascholing
23, 53, 122

nationale gezondheidszorg
3, 5, 114

nationale ziektekostenverzekering
3, 63, 123, 124, 128

naturastelsel
3, 7, 96

Nederland
2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12,
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,
20, 21, 2, 23, 24, 25, 26,
27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,
34, 35, 36, 37, 38, 39

norminkomen
23, 37

nurse practitioners
107

O

onnodige verrichtingen
1, 3, 20, 116

Oostenrijk
137

opleiding
3, 23, 41, 52, 53, 68, 95

organisatiestructuur
4, 5, 6, 8, 54, 64, 74, 81,
90, 93, 95, 99, 100, 113,
118, 119, 122, 131

overheidsbeleid
11, 21, 37, 46, 70, 78, 82,
90, 123, 126, 127

overheidsuitgaven
4, 17, 43, 60, 80, 109

P

participatie
46, 60, 71

particuliere praktijken
1, 47, 68, 101, 114, 124,
135

particuliere verzekeringen
5, 10, 12, 16, 18, 19, 20,
30, 34, 42, 58

patiëntensatisfactie
29, 105, 111

planning
115, 123, 134

praktijkomvang
16, 19, 24, 36, 38, 137

praktijkvoering
8, 20, 24, 36, 41, 53, 54,
61, 63, 68, 84, 90, 92, 95,
100, 106, 108, 112, 113,
121, 122

preventie
3, 100, 126, 132

- produktiviteit
 106
 84, 88, 91, 104, 105, 127,
 130, 132
- R**
- regionale verschillen
 13
- regionalisering
 115
- regulering
 21, 78, 108
- relative value scales
 55, 65, 69, 70
- restitutiestelsel
 3, 7, 64, 96, 116, 120
- risicocontracten
 83, 89, 97
- risicoselectie
 77
- S**
- salarissysteem
 1, 3, 6, 7, 15, 20, 44, 63,
 68, 89, 90, 94, 96, 99, 104,
 105, 106, 114, 115, 117,
 121, 125
- samenwerking
 1, 3, 9, 12, 20, 90, 120,
 122, 129, 133
- sociale verzekeringen
 5, 17, 37, 42, 46
- Sovjet-Unie
 3, 125
- Spanje
 3
- specialisten
 2, 3, 8, 14, 15, 18, 20, 23,
 25, 28, 29, 30, 31, 39, 52,
 56, 63, 68, 69, 71, 73, 79,
- spreiding
 3, 12, 45, 52, 53, 81, 113,
 128, 135
- T**
- tandartsen
 12, 22, 35, 100, 101, 110,
 111
- toegankelijkheid
 46, 49, 55, 58, 60, 62, 66,
 67, 70, 71, 72, 76, 80, 81,
 90, 95
- V**
- Verenigde Staten
 25, 40, 41, 42, 43, 44, 45,
 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59,
 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,
 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,
 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80,
 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87,
 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94,
 95, 96, 97, 98, 99, 100,
 101, 102, 103, 104, 105,
 106, 107, 108, 123
- verlaging van honoraria
 43, 49, 51, 56, 109
- verloskunde
 117
- verpleeghuizen
 40
- verpleegkundigen
 94, 98
- versterking van de eerste lijn
 32, 115, 132

verwijzen
3, 20, 28, 30, 31, 69, 79,
84, 120, 122, 134

vestiging
23, 38, 52, 63, 68, 71, 137

volksgezondheid
2, 63, 119, 126

voorschrijven
54, 75

vrij beroep
3, 14, 16, 26, 37, 128

vrije markt
130

vrouwelijke artsen
106

W

werkbelasting
105, 122, 129

werkoverleg
9

West-Duitsland
2, 3, 4, 7, 127, 131

wetgeving
98, 107

winstdeling
104

Z

ziekenfondsverzekeringen
10, 11, 12, 16, 18, 19, 20,
21, 22, 30, 33, 34, 39

ziekenhuizen
8, 13, 15, 23, 25, 40, 47,
63, 70, 75, 81, 84, 86, 87,
90, 98, 104, 108

ziekttekostenverzekeringen
33, 42, 43, 46, 53, 55, 57,
58, 59, 62, 64, 67, 71, 74,
77, 83, 90, 97, 98, 101,
103, 107, 116, 120, 127, 128

Zweden
3, 134

Zwitserland
2, 3

Verklaring van bibliotheekcodes

bru:

Bibliotheek der Rijksuniversiteit te Utrecht
Wittevrouwenstraat 7-11
Postbus 16007
3500 DA Utrecht
tel. 030-392600

eur:

Erasmus Universiteit Rotterdam
Medische Bibliotheek
Dr. Molewaterplein 50
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
tel. 010-4087780

kb:

Koninklijke Bibliotheek
Prins Willem Alexanderhof 5
Postbus 90407
2509 LK Den Haag
tel. 070-140300

kaw:

Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
Joan Muyskenweg 25
Postbus 41950
1009 DD Amsterdam
tel. 020-685511

kub:

Katholieke Universiteit Brabant
Bibliotheek
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
tel. 013-662146

kun:

Katholieke Universiteit Nijmegen
Bibliotheek
Erasmuslaan 36
Postbus 9500
6500 HA Nijmegen
080-512440

nivel:

Bibliotheek NIVEL
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel. 030-319946

nzi:

Nationaal Ziekenhuisinstituut
Dienst Bibliotheek en Documentatie
Oudlaan 4
Postbus 9697
3506 GR Utrecht
tel. 030-739911

wvc:

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Hoofdafdeling Documentatie en Bibliotheek
Sir Winston Churchillaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
tel. 070-949233

In deze serie zijn reeds verschenen:

Wijkverpleging/kruisvereniging. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986.

Ouderen (I). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986.

Ouderen (II). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986.

Relatie eerste en tweede lijn. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986.

De apotheker. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986.

Alternatieve geneeswijzen. Samengesteld door A. van der Velden. Bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986.

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Samengesteld door H. Kuijlen. Bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986.

Communicatie (huis)arts-patiënt. Samengesteld door A.K. de Leeuw en A. Vos. Bibliografie jrg. 1, no. 8, 1986.

Zelfzorg en mantelzorg. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie jrg. 1, no. 9, 1986.

Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. Samengesteld door H. Kuijlen. Bibliografie jrg. 1, no. 10, 1986.

De fysiotherapeut. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie jrg. 1, no. 11, 1986.

De Nederlandse verloskundige zorg. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 12, 1987.

Technology assessment. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie jrg. 2, no. 1, 1987.

Life events. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie jrg. 2, no. 2, 1987.

De diëtist. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie jrg. 2, no. 3, 1987.

Logopedisten. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie jrg. 2, no. 4, 1987.

Verzekeringstelsel en medische consumptie. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie jrg. 2, no. 5, 1988.

Patiëntenrechten. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie jrg. 2, no. 6, 1988.

